# Achtergrondinfo drugs

document n° 6

VAD

Vereniging voor Alcohol-
en andere Drugproblemen

E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel

# Inhoudstafel

# - Deel 1: Drugs en druggebruik -

# ❶ Wat zijn drugs ?

'Drugs' zijn alle middelen die een invloed uitoefenen op het bewustzijn, op het gevoel en op de zintuigen van de mens en die om die reden gebruikt worden. Drugs kunnen zowel legaal als illegaal gebruikt worden.
Sommige drugs zoals koffie, alcohol, tabak en medicatie zijn maatschappelijk aanvaard en aantal andere drugs zijn maatschappelijk niet aanvaard, de zogenaamde illegale drugs (bijv. cocaïne, heroïne, marihuana). Deze zijn door de wet verboden en bezit of gebruik ervan kan aanleiding geven tot bestraffing. Medicatie is wel maatschappelijk aanvaard, maar wordt min of meer gecontroleerd verspreid via een gereguleerde verstrekking.

## ---- De middelen ----

Drugs zijn in een *drietal groepen* in te delen:

- opwekkende, stimulerende middelen (bijv. cocaïne, amfetamines, nicotine, cafeïne)
- bewustzijnsveranderende, bewustzijnsverruimende middelen (bijv. marihuana, hasj, LSD)
- middelen met verdovende, dempende werking (bijv. opiaten, alcohol, slaap- en kalmeermiddelen, tranquillizers)

Daarnaast zijn er ook de vluchtige snuifmiddelen (bijv. lijmen, ontvlekkers, benzine) en de hallucinogene amfetamines (bijv. XTC).
In deel 2 wordt elk van deze produkten uitgebreid beschreven.

## --- Termen ---

### • Tolerantie (gewenning)

Bijna elk produkt dat op de gemoedsstemming van de mens inwerkt, blijkt na korte of langere periode aan werkzaamheid te verliezen. Daarom wordt vaak de dosis opgedreven om hetzelfde effect te behouden.
De redenen hiervoor zijn de volgende: de meeste middelen waarover we hier spreken zijn lichaamsvreemd en worden door de lever door middel van enzymes afgebroken. Bij veelvuldig gebruik van het middel past de lever zich aan door de aanmaak van meer enzymes. Hierdoor kan de oorspronkelijke dosis sneller worden afgebroken en wordt het effect dus kleiner. Een tweede reden is dat het zenuwstelsel zelf minder gevoelig wordt voor het produkt waaraan het frequent wordt blootgesteld (zo heeft ook het frequent gebruik van tafelzout een verlies van de gevoeligheid van de smaakpapillen tot gevolg).

### • Negatieve gewenning

In sommige gevallen kan de extreme aanpassing van het lichaam aan de aanwezigheid van de drug een desintegratie tot gevolg hebben, waardoor reeds bij geringe toediening van het middel een intoxicatie plaatsvindt.

- **Intoxicatie (vergiftiging)**

Toestand waarbij een verstoring van de normale biochemische processen optreedt, ten gevolge van het in ongewone hoeveelheden aanwezig zijn van een bepaald produkt in het lichaam. Dit kan aanleiding geven tot gedrags- en ervaringsstoornissen en tot onherstelbare letsels aan de hersenen of andere organen.

- **Gecombineerd gebruik (potentialisering)**

Dit is de versterkende werking van verschillende middelen op elkaar bij gelijktijdige inname. Dempende stoffen bijvoorbeeld hebben bij gelijktijdig gebruik een versterkend effect tot gevolg. Het samen gebruiken van alcohol met een slaapmiddel, een slaapmiddel met een tranquillizer, enz. heeft een effect tot gevolg dat groter is dan de som van de effecten die men zou mogen verwachten van de verschillende produkten alleen (2+2=5). De combinatie van twee of meerdere veilige middelen en doses kan dus ernstige gevolgen hebben.

- **Lichamelijke afhankelijkheid**

Dit betreft een toestand waarbij het lichaam van de gebruiker van een bepaald produkt zodanig is ingesteld op de aanwezigheid van dat produkt in het lichaam voor zijn lichamelijk welbevinden, dat het bij afwezigheid ervan ziek wordt (zie abstinentieverschijnselen).

- **Abstinentie- of onthoudingsverschijnselen**

Dit zijn de ziektesymptomen die zich voordoen nadat, bij een lichamelijk afhankelijk persoon, het produkt uit het lichaam is verdwenen. Deze onaangename ervaringen (beven, misselijkheid,...) nemen slechts langzaam af (afkicken), tenzij men het produkt (of een aanverwante stof) opnieuw toedient of inneemt.

- **Psychische afhankelijkheid**

Dit betreft een toestand van psychische verbondenheid aan een gedrag (vb gokken) of aan de effecten van een produkt, die dermate sterk is dat men bij afwezigheid van het gedrag of bij de onmogelijkheid om het produkt te gebruiken een sterk psychisch onwelbevinden ervaart.

- **Craving of zuchtigheid**

Deze term slaat op het stadium waarbij de psychische afhankelijkheid aanleiding geeft tot een bijna permanente preoccupatie m.b.t. het gedrag of het produkt. De persoon is constant actief op zoek naar het produkt of gedrag en probeert dit produkt of gedrag ook veilig te stellen. Ook na ontwenning kan een plotse toestand van craving voorkomen.

- **Verslaving**

Verslaving is een toestand waarin een persoon ten gevolge van psychische en/of lichamelijke afhankelijkheid, de vrijheid verloren heeft een bepaald gedrag of produktgebruik voor langere tijd te staken.

## ❷ Geschiedenis van het druggebruik

Oorspronkelijk was het *plantenrijk* de enige bron van drugs. Op zoek naar voedsel werd door de primitieve mens met elke plant geëxperimenteerd. Op die manier ontdekte hij dat een aantal soorten een buitengewone werking hadden op de geest. Omdat zij geen verklaring hadden voor de uitwerking van de planten werd dit aan de aanwezigheid van bovenaardse krachten toegeschreven.

Zowel in de oude Egyptische als in de Griekse beschavingen werd druggebruik voorbehouden aan de priesters. Zij gebruikten het om één te worden met de godheid. Druggebruik werd in verband gebracht met 'heilige orgieën', 'grote mysteries' en religie. Wat *alcohol* betreft werd, kunnen we zeggen dat bier reeds 6000 jaar geleden bekend was in Egypte en Mesopotamië.

Bij andere volkeren in het Midden- en Verre Oosten en in Centraal Afrika werd vooral *hasj* gebruikt. Zo'n 5000 jaar geleden omschreef de Chinese keizer Shen-Nung de plant als een geneesmiddel tegen constipatie, menstruatieklachten, jicht, malaria, reumatiek en verstrooidheid. In India werd hennep als een heilige plant beschouwd en gebruikt om de 'diepe zin van de Heilige Hindoegeschriften' te begrijpen. Druggebruik nam eveneens bij de Indianen een belangrijke plaats in.
De plant werd toen ook gebruikt voor het maken van kleding en touw.

De *'heilige paddestoelen'* en de 'peyotl-cactus' werden voornamelijk bij de Azteken en Maya's gebruikt bij orakels, erediensten,... Het gebruik van marihuana was bij de Mexicaanse Indianen algemeen verspreid en de cocaplant was bij de Inca's een heilige plant. Toen de Spanjaarden de Inca's tot slaven maakten, kauwden de Inca's cocabladeren om het zware werk aan te kunnen.

In het Nabije Oosten ontstond de *wijnbouw* die zich vandaar over het gehele Middellandse Zeegebied verspreidde.

Ook de Middeleeuwen kenden drugs. Drugs werden gezocht in wilde en gekweekte *kruiden*. Veel meer dan nu kende iedereen de krachten van kruiden en planten. Dat blijkt ook uit oude kruidenboeken. Het is geweten dat het gebruik van sommige planten de indruk wekt dat men door de lucht vliegt of in een dier verandert. Het is in deze context dat we een deel van de heksengeschiedenis kunnen begrijpen. Het omgaan met kruiden en planten was toen ook gevaarlijk, omdat je de kans liep als heks of tovenaar op de brandstapel te geraken. Omgaan met kruiden is 'duivelsspel', zei de clerus. Enkel zij die binnen de kloostermuren leefden zetten de kruidenpraktijk verder.
Ook de techniek van het distilleren van sterke dranken werd in de Middeleeuwen door de Arabieren ontwikkeld.

De ontdekking van Amerika gaat gepaard met het eerste gebruik van tabak.
In 1492 kwam Columbus als eerste Europeaan in contact met tabak. Later bleek dat het gebruik van tabak reeds geruime tijd bekend was bij de Indianen.

Het gebruik van kruiden en planten bleef een algemeen verspreide zaak tot de technische vooruitgang zijn intrede deed in de 18de eeuw. Alles wat niet direct met het verstand uitgelegd kon worden, moest plaatsruimen. Zo werd ook het gebruik van roesmiddelen op de achtergrond verdrongen. Dit bleef zo tot aan de doorbraak van de romantiek. Druggebruik werd opnieuw populair, zij het in beperkte artistieke en vooral literaire middens.

De *psycho-farmaca* zoals we die nu kennen zijn relatief recent geïntroduceerd. Nochtans werden opium en alcohol reeds in de Oudheid gebruikt als pijnstillende middelen en planten en kruiden werden omwille van hun geneeskundige krachten veelvuldig aangewend.
Door de opkomst van de industrie ging de kennis van de kruiden en planten voor een groot stuk verloren. In het begin van de 19de eeuw werd morfine uit opium geïsoleerd en werden ook nieuwe groepen van pijnstillende middelen geïntroduceerd. Ook de kalmeer- en slaapmiddelen werden in de 19de eeuw ontdekt. Sindsdien is de toename van nieuwe middelen steeds blijven aanhouden.

Bij de opkomst van de industrie merken we ook dat het alcoholgebruik enorm toeneemt. Het alcoholgebruik was toen enorm groot onder de fabrieksarbeiders. In deze tijd van hard werken, weinig verdienen en leven in weinig rooskleurige omstandigheden grepen velen naar de fles om het werk aan te kunnen en de 'miserie' te vergeten. Dit overmatig alcoholgebruik leidde trouwens in het begin van de 20ste eeuw tot een strengere wetgeving met betrekking tot alcoholconsumptie en zelfs tot de Drooglegging in de Verenigde Staten.
Deze drooglegging had dan weer tot gevolg dat het gebruik van de cannabisplant een heropleving kende in de jaren '20. Mensen zochten andere manieren om in een roes te geraken.

Tijdens de eerste wereldoorlog werden de Amerikaanse *sigaretten*, zoals we die nu kennen, in Europa geïntroduceerd.

Het druggebruik is *onderhevig aan mode, trends.* Tijdens de 'flower power'-beweging van de jaren '60 kenden de *hallucinogene middelen*, zoals hasj, marihuana en LSD een enorm succes, terwijl in de jaren '70 jongeren vooral hun toevlucht zochten in *alcohol, heroïne en amfetamines*. In de jaren '80 kenden drugs zoals *cocaïne en crack* een duidelijke opgang. De recreatieve drugs, vaak *designer drugs*[1] zijn dan weer kenmerkend voor de jaren '90.

Waar in de jaren '60 *LSD* vooral een reactie was tegen de nieuwe zakelijkheid, wil men in de jaren '90 met *XTC* actief participeren aan de huidige maatschappij. Hier komt vooral het zoeken naar zelfverwerkelijking op de voorgrond.
LSD werd in 1938 gesynthetiseerd door Dr. Albert Hofmann. De drug kende een grote verspreiding in de jaren '60, maar kende daarna een terugval. Recente onderzoeken wijzen echter in de richting van een 'heropleving' van het LSD-gebruik.
Er is de laatste jaren een sterke ontwikkeling van XTC-gebruik in mega-dancings. De house-cultus speelt hierin een rol. De monotone beat die kenmerkend is voor de house-muziek, dweept de danser constant op. Toch is house meer dan een muziekstijl. Er hangt een hele levensstijl aan vast. Druggebruik vormt hiervan slechts een onderdeel voor een beperkte groep houseliefhebbers.

Een ander produkt dat recent vaak gebruikt wordt door party-gangers, is de *amfetamine* (ook wel *speed* genoemd). In 1887 werd het voor het eerst gemaakt. In de jaren '30 was het dé drug. Het werd door gangsters in Chicago gebruikt om te kunnen moorden en tijdens de wereldoorlog gebruikten soldaten het om te overleven. Op het einde van de jaren '40 ontdekte men echter ook de negatieve gevolgen ervan (psychische afhankelijkheid, oververmoeidheid,...).

Recent komen de ecodrugs meer in de belangstelling. Deze drugs zijn samengesteld uit natuurlijke stoffen zoals guarana, ginseng, damiana, kattekruid,.... In Europa maken die stoffen recentelijk hun intrede, maar voor de bewoners van de tropisch regenwouden is de stimulerende werking ervan reeds jaren bekend.

[1] Designer drugs zijn drugs die synthetisch worden samengesteld in laboratoria en waarvan de samenstelling nogal eens verandert, voornamelijk met als doelstelling om de wetgeving te omzeilen.

Druggebruik wordt ook *cultureel* bepaald. In sommige landen (vooral Islamitische) is er een streng verbod op alcoholgebruik, terwijl het in andere landen (zoals België) maatschappelijk aanvaard is. Anderzijds zijn hasj en marihuana in bepaalde landen legaal, terwijl ze bij ons in de taboesfeer ronddwalen.

Het taboe op het gebruik van opiaten, chemische oppeppers en afremmers is historisch gezien een tamelijk recente zaak. Tot aan het begin van de 20ste eeuw konden vrijwel alle middelen die nu onder de Opiumwet vallen, vrijelijk in de apotheek gekocht worden en ze werden gebruikt bij een breed scala van stoornissen, van diarree tot depressies. Net als nu waren er veel consumenten die aan het gebruik gewend geraakten en het middel tot doel verhieven. Alleen werd dit toen niet als een sociaal probleem ervaren. Dit veranderde op het moment dat het gebruik ervan als problematisch erkend werd en toen bijgevolg de middelen bij wet verboden werden.

De houding van een samenleving tegenover het gebruik van drugs is vaak zeer dubbel. Waar enerzijds een aantal produkten illegaal zijn, wordt anderzijds reclame gemaakt voor bv. een drug als alcohol en voor diverse geneesmiddelen, terwijl de gevolgen van misbruik van zowel legale als illegale drugs even ernstig kunnen zijn.

# ❸ Redenen waarom jongeren drugs gebruiken

## ------ BETEKENIS VAN DRUGGEBRUIK BIJ JONGEREN ------

Alcohol- en ander druggebruik bij adolescenten kan niet los worden gezien van de identiteitsontwikkeling. Deze ontwikkeling bepaalt de verdere persoonlijkheidsgroei en kan gepaard gaan met een relatief aantal onzekerheden: twijfel en angst over zichzelf, over de plaats van de eigen persoon binnen het geheel van sociale verbanden en binnen de samenleving waarin men zich bevindt.

De zekerheden die tijdens de lagere schoolperiode werden opgebouwd, worden plots opnieuw in twijfel getrokken. Tijdens de adolescentieperiode gaat men kritisch staan tegenover zijn eigen gedachten en gevoelens en soms ook afwijzend tegenover de eisen van ouders, school en opvoeders. Jongeren gaan zich verzetten tegen bepaalde heersende normen van onze maatschappij. Als reactie hiertegen is het mogelijk dat zij gaan experimenteren met allerlei gedrag waaronder ook druggebruik. Dit is soms ook een experimenteren vanuit het zoeken naar andere levens- en omgangsvormen en kan gekaderd worden binnen het streven van de adolescent naar onafhankelijkheid.

De vaste waarden en normen van de ouders worden voor eigen waardeoordelen ingeruild en de emotionele gehechtheid aan de ouders wordt voor relaties met leeftijdsgenoten ingewisseld. Ook al blijft het gezin de centrale leefwereld van de jongere, als referentiegroep wordt het gezin minder exclusief. De vrienden, het vrijetijdsleven en de school gaan een belangrijke functie vervullen bij de sociale rolverandering gedurende de adolescentiefase. Jongeren ervaren vaak een druk om zich te conformeren met de waarden en normen die heersen in de vriendengroep. Ze willen erbij horen. Dit kan dan ook een aanleiding vormen om drugs te beginnen gebruiken.
Bovendien is het eigen aan de adolescentiefase dat de jongere wil experimenteren. Hij probeert allerlei dingen uit zoals o.a. kledingsstijl, muziekkeuze, roken, drinken, druggebruik...

Een jongere kan pepmiddelen gebruiken om beter te presteren op school maar hij kan ook een joint roken om even weg te vluchten uit de realiteit. Sommige jongeren gebruiken XTC-tabletten om zich euforisch te voelen of om dagenlang te kunnen uitgaan.

Er zijn dus verschillende motieven voor druggebruik. Hieronder geven we een opsomming van een aantal van deze motieven. Uiteraard worden ze niet allemaal vermeld.

Mogelijke motieven zijn nieuwsgierigheid, zin om te experimenteren/om grenzen te verleggen ter ontspanning, het zoeken naar een eigen identiteit, sociaal geaccepteerd gedrag, het voorbeeldgedrag van de ouders, ontevredenheid met eigen situatie (eenzaamheid, angst), verveling, spanningen in het gezin, de groepsnorm en -druk, als middel om contacten te leggen, als protestreactie.

Het is dus duidelijk dat mensen drugs beginnen gebruiken omwille van verschillende redenen. Verschillende onderzoekers zochten hiervoor een verklaring.

## • ONTSTAANSFACTOREN VAN DRUGGEBRUIK

Martin Plant (Shapiro & Coomber, 1995) onderscheidt drie types van benaderingen over de mogelijke oorzaken voor druggebruik:

❖ Constitutionele benaderingen

Deze benaderingen beklemtonen de biologische predispositie van druggebruik en de relatie tussen het lichaam en de drug. Deze benaderingen gaan ervan uit dat mensen die meer behoefte hebben aan relaxatie eerder door verdovende middelen worden aangetrokken en extraverte mensen die hyperactief zijn eerder door opwekkende middelen worden aangetrokken. Er blijkt bovendien meer en meer bewijs te bestaan dat erfelijke factoren een rol spelen in het ontwikkelen van alcoholproblemen. Men ontdekte recentelijk dat het lichaam ook eigen opiaatachtige stoffen aanmaakt. De ontwikkeling van opiaatafhankelijkheid bij sommige mensen zou dan kunnen verband houden met de aanwezigheid van deze stoffen.

❖ Individuele benaderingen

Deze benaderingen gaan ervan uit dat specifieke persoonlijkheidskenmerken aan de basis liggen van druggebruik. Leeftijd, geslacht, intelligentie, nieuwsgierigheid, genot, zin voor het nemen van risico's, persoonlijke problemen kunnen mee bepalen of men als dan niet sneller met drugs zal beginnen.

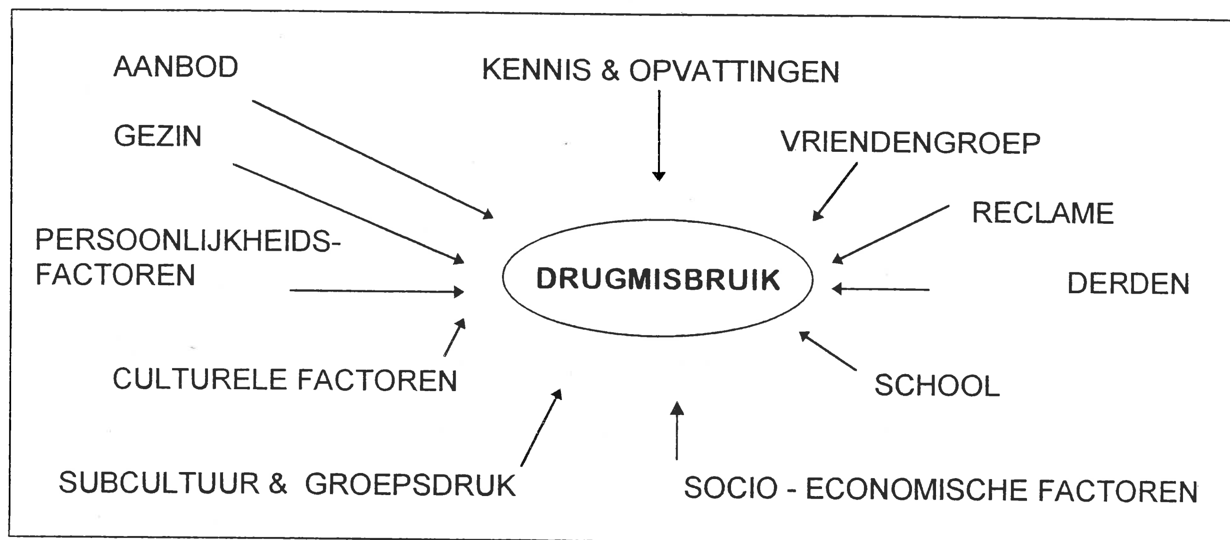
❖ Omgevingsbenaderingen

Deze benaderingen leggen het verband tussen ruimere sociale en culturele factoren. Sociale klasse, de gezinssituatie, werkloosheid, problemen op het werk, groepsdruk, de beschikbaarheid van drugs en bepaalde waarden en normen spelen een rol in het al dan niet beginnen met druggebruik.

Druggebruik is meestal het resultaat van de interactie tussen de drug zelf, de persoonlijke karakteristieken van de gebruiker én zijn omgeving.

## • ONTSTAANSFACTOREN VAN DRUGMISBRUIK

Volgens Keith Tones (Tones 1986, 1987 en Tones & Tilford 1994) moeten een veelheid aan psycho-sociale en omgevingsfactoren, direct of indirect, geassocieerd worden met druggebruik en andere vormen van riskant gedrag. De kennis van de invloed van culturele, socio-economische, cognitieve, affectieve en psycho-sociale invloeden moet dienen om preventie-initiatieven in verband met drugmisbruik te ontwikkelen.




Figuur 1: multi-factorenmodel Tones: Geirnaert, M., Strategieën voor drugpreventie. Welzijnsgids, afl. 43, januari 1989.

Eén van de belangrijkste factoren die kan leiden tot drugmisbruik zijn de *'beloningen'* die druggebruik met zich meebrengen. Dit kunnen bv. plezierige emotionele ervaringen zijn, sociale waardering in de groep, ... Elke interventie die er op gericht is een individu er toe te brengen de gewoonte van het druggebruik op te geven, moet alternatieven voor die beloningen aanbieden om op die manier de drug minder aantrekkelijk te maken.

*Sociaal - economische en omgevingsfactoren* kunnen een grote rol spelen in het al dan niet drugs gaan gebruiken of misbruiken. Zowel een teveel als een tekort aan financiële middelen kunnen ertoe leiden dat men zich sneller met druggebruik gaat inlaten. Drugmisbruik komt sneller voor bij kansarme bevolking die minder middelen voorhanden hebben om gemakkelijk te stoppen met gebruik.

De populariteit van om het even welke vorm van druggebruik hangt sterk af van de *beschikbaarheid* van die drug. Iemand die gemakkelijk aan bv. heroïne kan geraken, zal misschien ook eerder geneigd zijn wat te kopen en te gebruiken, in tegenstelling tot iemand die niet weet waar hij het moet halen.

*Persoonlijkheidsfactoren* zijn eveneens medebepalend of een persoon al dan niet een drugprobleem gaat ontwikkelen. Onzekerheid, schuchterheid, sensatiedrang, ... kunnen redenen zijn waarom mensen drugs gaan gebruiken. Ook de manier waarop men ontgoochelingen, frustraties en tegenslagen verwerkt, en het beeld dat men van zichzelf heeft, bepalen dit. Toch vormen ook persoonlijkheidskenmerken slechts één van de beïnvloedende factoren in de ontwikkeling van een drugprobleem. Het is niet mogelijk om specifieke persoonlijkheidstypes te onderscheiden die meer of minder kwetsbaar zijn voor misbruik.

*Gezinssituatie en socialisatie* spelen een belangrijke rol in het vormen van later gewoontegedrag. Het voorbeeldgedrag van ouders neemt hier een centrale plaats in. De eerste alcoholervaringen vinden meestal in familieverband plaats. Ook voor het gebruik van geneesmiddelen blijkt dat kinderen de gewoontes in het gezin later vaak overnemen.

*Culturele factoren* zoals de medicalisering van onze samenleving (voor elk ongemak wordt al snel een pilletje geslikt) en de integratie van alcohol in de Westerse cultuur hebben ook hun invloed in het ontstaan van drugmisbruik.

Daarnaast spelen ook *subculturele factoren* een rol via de vriendengroep. De druk die dit met zich meebrengt voor het individu leidt tot het nemen van risico's. De invloed van de vriendengroep wordt vanaf de adolescentieperiode steeds groter en het is in deze groep dat jongeren gaan experimenteren en grenzen verleggen. Factoren als groepsdruk, zichzelf willen bewijzen, omgang met het andere geslacht, enz... in mindere of meerdere mate een rol in het ontstaan van drugmisbruik. Ook ontstaan binnen bepaalde milieus subculturen (cfr. houseparties, yuppies, grunge,...) waar specifiek druggebruik al dan niet wordt aangemoedigd zodat misbruik ook al dan niet sneller voorkomt.

*Kennis en opvattingen* over drugs beïnvloeden eveneens het drugmisbruik. Informatie over de schadelijke effecten en risico's van drugs heeft zijn invloed op al dan niet verdergaan in gebruik. Opvattingen, gebaseerd op vroegere ervaringen en beïnvloed door allerlei factoren uit de omgeving, spelen op zijn minst een even belangrijke rol.

Het belang van *belangrijke derden en reclame* mag ook niet onderschat worden. Belangrijke derden kunnen idolen zijn of mensen waar men naar opkijkt en wiens gedrag model staat voor het eigen gedrag. Ook reclame (vooral voor alcohol en medicatie) biedt een aantal identificatiemodellen. Probleemgerichte berichtgeving in de media kan tot een grotere bekendheid van een produkt leiden en ongewild eventueel tot een verhoogd gebruik (cfr. XTC).

Het *zorgensysteem*, m.a.w. het aanbod aan hulpverlening, bepaalt eveneens de omvang van probleemgebruik, evenals de aanwezigheid van alternatieven. Bij een ruim en gediversifieerd aanbod aan laagdrempelige hulpverlening kunnen problemen in een vroeg stadium worden gedetecteerd en aangepakt.

## ❹ Fasen van druggebruik

Verschillende modellen beklemtonen de verschillende stadia in de ontwikkeling van een drugprobleem.
Het 'Staging'-model van Hamburg en Kandel (Perry & Murray, 1985) onderscheidt verschillende fasen van druggebruik naargelang de produkten. Om tot probleemgebruik te komen moet men systematisch de verschillende stadia doorlopen. Er wordt vanuitgegaan dat druggebruik eigen is aan de huidige cultuur van de adolescenten en bij de meeste adolescenten voorkomt. Zo zouden jongeren doorgaans eerst experimenteren met koffie en thee, nadien met wijn en bier, tabak, sterke dranken, marihuana, hallucinogenen, stimulerende middelen en tenslotte opiaten.
Diezelfde onderzoekers stellen echter duidelijk dat het gebruik van een bepaald middel niet noodzakelijk leidt tot het volgende stadium. Zo blijkt uit onderzoek in de V.S. dat van alle jongeren die met hasj en marihuana experimenteren 5 tot 10% overstappen naar middelen zoals heroïne en cocaïne. Deze stap naar andere middelen is niet farmacologisch verklaarbaar, maar heeft vooral te maken met sociale factoren zoals het milieu waarin men terecht komt. Niet zozeer het produkt en haar specifieke eigenschappen bepalen of iemand ook andere drugs gaat nemen dan wel de andere vriendengroep waarin men terecht komt.

Doorgaans wordt de indeling van Van Dijck (Van Epen,1981) gebruikt volgens de volgende stadia :

### • DE FASE VAN KENNISMAKING EN EXPERIMENTEREN

Dit vindt meestal op zeer jeugdige leeftijd plaats. Veel jongeren onder de 10 jaar hebben reeds hun eerste ervaringen met alcohol en tabak achter de rug. Deze ervaringen spelen zich vaak in de thuissituatie af, al dan niet in de aanwezigheid van vrienden.
Het eerste gebruik van illegale middelen gebeurt veelal in de vriendengroep.
Opvallend in de kennismakingsfase is dat het 'genotsaspect' nauwelijks een rol speelt. Bijna niemand vindt het eerste glas bier, de eerste sigaret of de eerste joint lekker.
De kans dat een jongere kennis maakt met alcohol en tabak is aanzienlijk groter dan de kans op kennismaking met illegale drugs zoals cocaïne en heroïne. Dit hangt vooral samen met de beschikbaarheid van de verschillende drugs.
Heeft men de fase van kennismaking en experimenteren eenmaal doorlopen dan kunnen er twee dingen gebeuren: men stopt met het gebruik of men gaat ermee door.
Voor wat betreft het gebruik van illegale drugs gaat een meerderheid na een eerste kennismaking ophouden met gebruiken. Voor legale drugs zoals alcohol is het meestal omgekeerd.

### • DE FASE VAN REGELMATIG GEBRUIK

Wanneer men na de kennismaking met drugs doorgaat met gebruiken komt men tot regelmatig gebruik. Dat hoeft niet noodzakelijk tot problemen te leiden. Matige consumptie van bijvoorbeeld alcohol levert voor de meesten geen problemen op. Ook in de fase van regelmatig gebruik kan men steeds beslissen om te stoppen met gebruiken.

### • DE FASE VAN OVERMATIG OF EXCESSIEF GEBRUIK

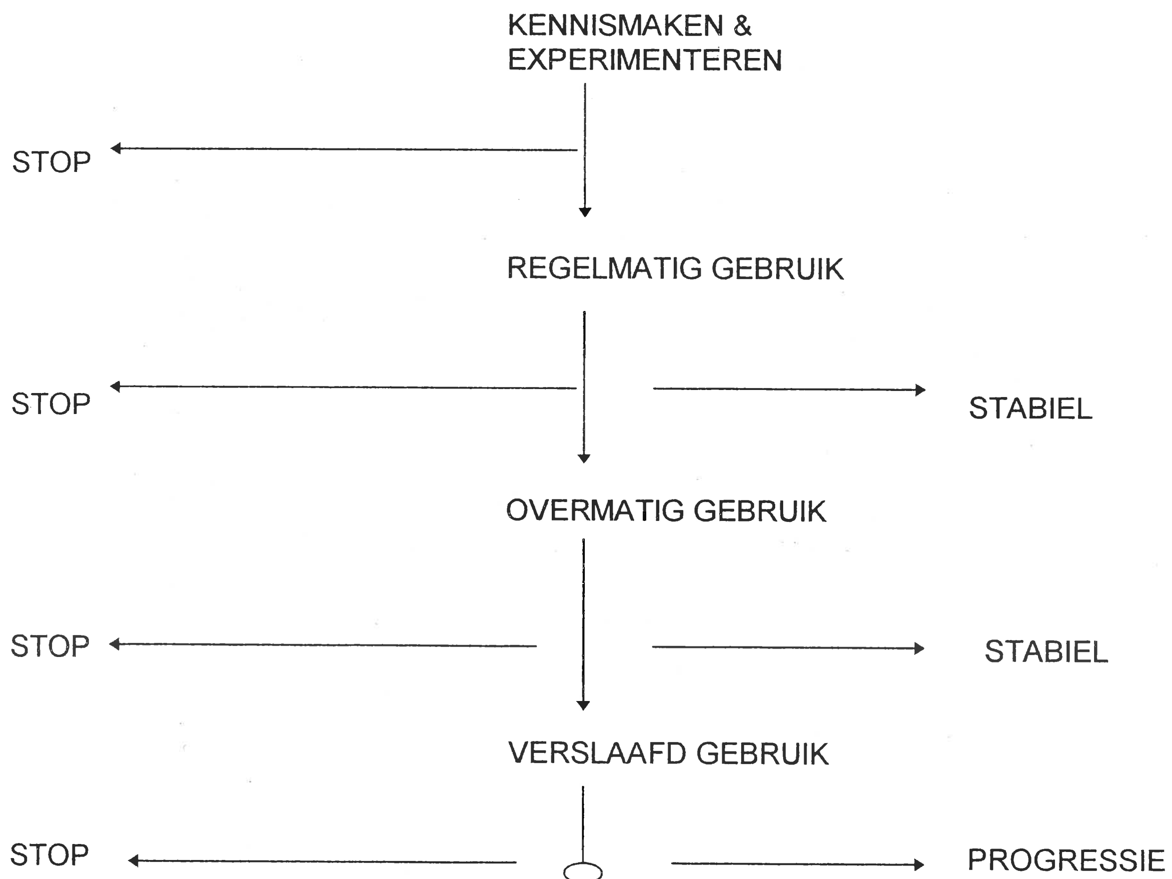
Het is zowel afhankelijk van de gebruikte drug als van de gebruiker zelf of regelmatig gebruik tot overmatig gebruik zal leiden. Zo is het voor een persoon die niet of slecht geleerd heeft om 'leefproblemen' op te lossen heel goed mogelijk dat hij/zij door het gebruik

van vb. alcohol of heroïne het verdovend effect ervaart en daaruit leert dat zijn/haar problemen 'tijdelijk' verdwijnen.
Deze leerervaring wordt bekrachtigd en een volgende keer, als hij opnieuw problemen ervaart, is de kans groot dat hij weer één van deze middelen gaat gebruiken om met de problemen om te gaan. Ook bij overmatig of excessief gebruik kan men terugvallen op de vorige fase van matig of regelmatig gebruik of beslissen om te stoppen.

• **DE FASE VAN VERSLAVING**

Langzamerhand kan overmatig gebruik overgaan tot verslaving. Hierbij raakt de gebruiker verstrikt in een vicieuze cirkel. Om zijn problemen te ontlopen gebruikt hij drugs. Hij raakt afhankelijk van drugs en hierdoor ontstaan nog meer problemen (op fysiek, psychisch, sociaal, financieel, juridisch,.. vlak).

In deze verschillende fasen heeft men steeds de keuze tussen stoppen met gebruik of doorgaan. Dit doorgaan kan zich ofwel stabiliseren ofwel progressief leiden tot een volgende fase. Bij elke fase kan men ook teruggaan naar de vorige fase. Hoe later dit echter gebeurt, hoe moeilijker dit wordt.

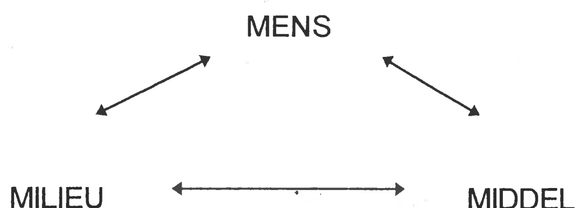



Bovenstaande fasen zijn niet eenvoudig van elkaar te onderscheiden. Het is een combinatie van verschillende factoren die er op een bepaald moment toe leiden dat iemand van de ene fase in de andere fase overgaat.
Deze factoren hebben te maken met de mens (of de gebruiker in kwestie), het middel (of het produkt) en het milieu (of de context van gebruik) (Casselman, 1994).

- **Mens:** Bij het experimenteren en zelfs bij regelmatig gebruik speelt de eigen weerbaarheid, het zelfvertrouwen, persoonlijke kennis en opvattingen en de eigen draagkracht een grote rol in het kunnen stoppen met gebruik.

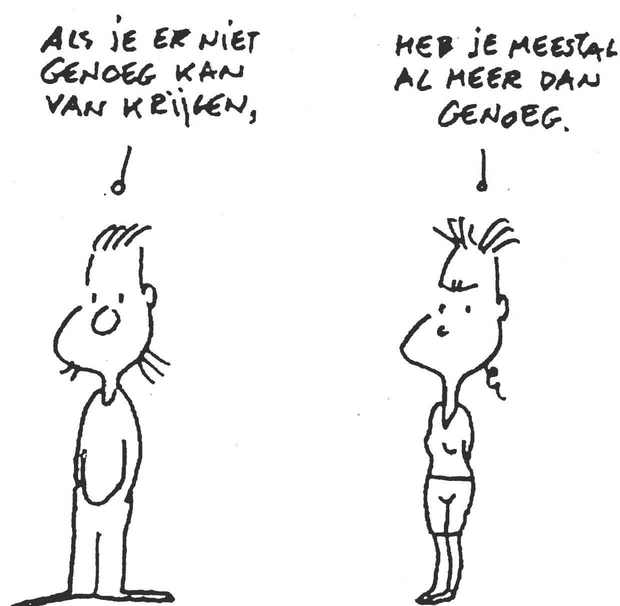
- **Middel:** De verschillende kenmerken en effecten kunnen drugs al dan niet aantrekkelijk maken voor bepaalde personen. Specifieke kenmerken van het produkt leiden ertoe dat men al dan niet sneller in een volgende fase van gebruik belandt.

- **Milieu:** Het voorbeeldgedrag van de ouders, het belang van 'erbij' te horen bij vrienden en de hele context waarin men vertoeft, bepaalt of men al dan niet begint te gebruiken of blijft gebruiken. Alcohol- en druggebruik is cultuur- en maatschappijgebonden. Zo wordt alcohol in de Westerse cultuur algemeen aanvaard als genotsmiddel, terwijl het in de Arabische cultuur geen algemeen aanvaarde drank is.




In bovenstaande fasen spelen uiteenlopende motieven voor gebruik een rol. In de kennismakingsfase en de fase van regelmatig gebruik spelen vooral motieven van sociaal - psychologische aard mee zoals stoerdoenerij, groepsdruk, nieuwsgierigheid, verveling, ...
Het feit dat mensen hun gebruik blijven voortzetten is moeilijker verklaarbaar.
Meestal speelt in de fase van overmatig en verslaafd gebruik een combinatie van sociaal - psychologische factoren, persoonlijke en gezins- en maatschappelijke omstandigheden een belangrijke rol (Buisman en Geirnaert, 1992).
Bovendien beïnvloeden de eigenschappen van de gebruikte drug eveneens het verslavingsrisico.

Bovenstaande fasentheorieën pleiten er voor dat interventieprogramma's zich meer moeten richten op het stadium waar een specifieke doelgroep zich in bevindt. Ze pleiten ook voor een zo vroeg mogelijke interventie.

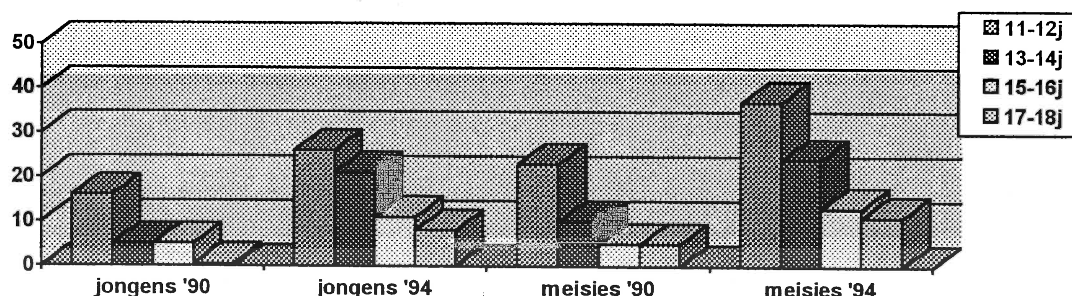


# ❺ Omvang van het druggebruik

Het aantal wetenschappelijk verantwoorde studies over de omvang en de aard van het gebruik en misbruik van drugs bij de Belgische bevolking is vrij beperkt. Bovendien zijn de meeste onderzoeken gericht op jongeren. Dit heeft als gevolg dat de conclusies uit deze onderzoeken ook voornamelijk van toepassing zijn op de jongerengroep.
De meest recente gegevens op Vlaams niveau komen uit de enquête die werd uitgevoerd door L. Maes, R. Peeters en E. Van de Mieroop (Noels en Wydoodt, 1995). Dit onderzoek wordt uitgevoerd in 24 verschillende landen onder auspiciën van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De enquête werd een eerste maal uitgevoerd in 1990 en herhaald in 1994. Respectievelijk werden 3.716 en 9.256 jongeren uit kunst- en gewoon onderwijs bevraagd (leerlingen uit het bijzonder onderwijs werden niet bevraagd).
We lichten hieruit enkele cijfergegevens voor wat betreft alcohol, tabak, medicatie en illegale drugs.

## ------ ALCOHOL ------

In onderstaande figuur wordt het <u>'nooit' gebruiken</u> van alcohol weergegeven. Ze is opgesplitst naar geslacht en leeftijd voor 1990 en 1994.



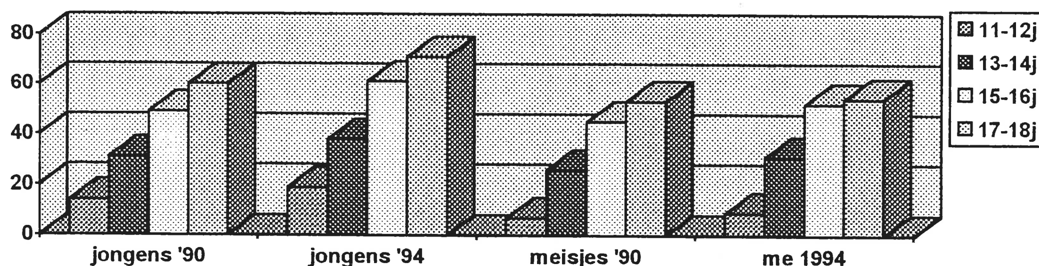

Figuur 2: Het 'nooit' gebruik van alcohol naar geslacht en leeftijd voor 1990 en 1994

Als we deze tabel vertalen, kunnen we concluderen dat op vier jaar tijd het ooit-gebruik van alcohol voor beide geslachten en voor alle leeftijdsgroepen is gedaald. De sterkste daling situeert zich bij de 13-14-jarigen met een daling van ongeveer 15 %. Opmerkelijk voor de oudste groep van de jongens is dat ongeveer 8 % nog nooit alcohol heeft gedronken. Bij de 11-12-jarigen zijn er significant meer meisjes dan jongens die nog nooit alcohol gebruikt hebben.

Uit de cijfers rond dronkenschap bij de jongens blijkt dat er in dezelfde leeftijdsklassen geen significant verschil is tussen 1990 en 1994. Op 17-18-jarige leeftijd is één op vijf jongens minstens 10 maal dronken geweest.
Ook bij de meisjes is er haast geen verschil tussen het onderzoek van 1990 en dat van 1994. Wanneer men echter de jongens met de meisjes gaat vergelijken, ziet men dat het verschil het grootst is bij de 17-18-jarigen. Bij de jongens is 21 % al meer dan 10 maal dronken geweest, terwijl dit bij de meisjes slechts 3 % is.

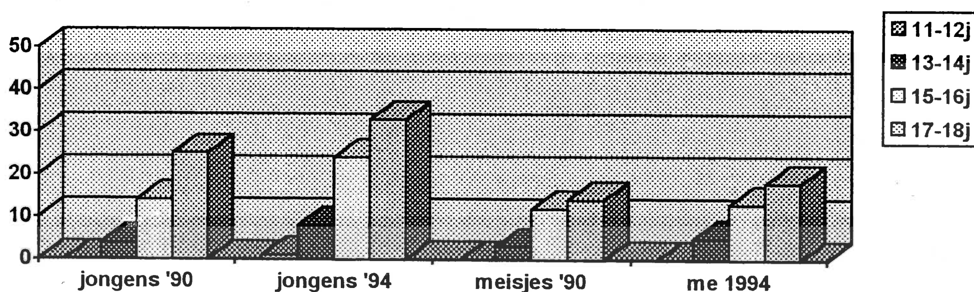
De gegevens in onderstaande figuur wijzen op een stijgende trend in het rookgedrag van de jongeren. Zowel bij het experimenteren met een sigaret (zie Figuur 3) als bij het dagelijks rookgedrag (zie Figuur 4) stellen we een stijging vast van het aantal rokers tussen 1990 en 1994. Het roken neemt bovendien toe met de leeftijd.

Figuur 3 toont aan dat meisjes later beginnen te experimenteren met roken dan jongens en dit zowel in 1990 als in 1994. Het experimenteren is tussen 1990 en 1994 zowel bij de jongens als bij de meisjes voornamelijk gestegen bij de 15-jarigen.




Figuur 3: Aantal jongeren die ooit gerookt hebben naar geslacht en leeftijd voor 1990 en 1994.

Figuur 4 toont aan dat ook het aantal dagelijkse rokers tussen 1990 en 1994 is gestegen. Eén derde van de 17-18-jarige jongens rookt dagelijks in 1994 tegenover 18% van de meisjes van die leeftijd.



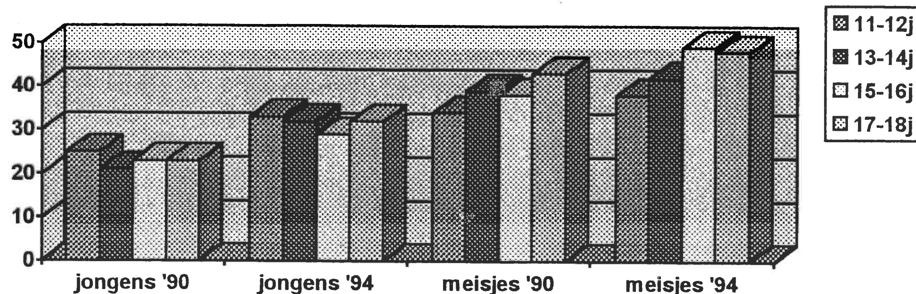

Figuur 4: Aantal dagelijks rokende jongeren naar geslacht en leeftijd voor 1990 en 1994

Het onderzoek geeft bovendien significante verschillen aan naar studierichting: de groep van de dagelijkse rokers is het kleinst in het ASO, en het grootst in het BSO.

De respondenten werden bevraagd naar gebruik van medicatie gedurende de afgelopen maand. Het medicatiegebruik is toegenomen op 4 jaar tijd, behalve medicatie voor zenuwachtigheid.
Meisjes nemen meer geneesmiddelen dan jongens, maar dit is te verwachten, want zij hebben ook meer klachten dan jongens.

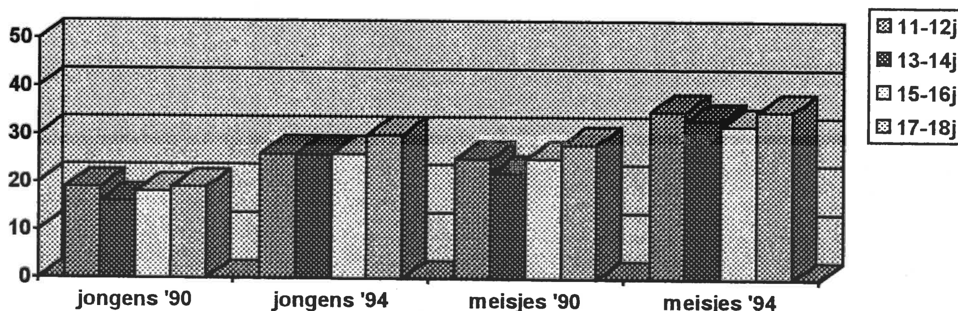
• **MEDICATIE TEGEN HOOFDPIJN**

Medicatie tegen hoofdpijn is het meest gebruikte geneesmiddel door de jongeren, ongeacht de leeftijd. Het gebruik schommelt tussen 21 en 33%.




Figuur 5: Medicatiegebruik tegen hoofdpijn in de afgelopen maand naar geslacht en leeftijd tussen 1990 en 1994.

• **MEDICATIE TEGEN VERKOUDHEID**

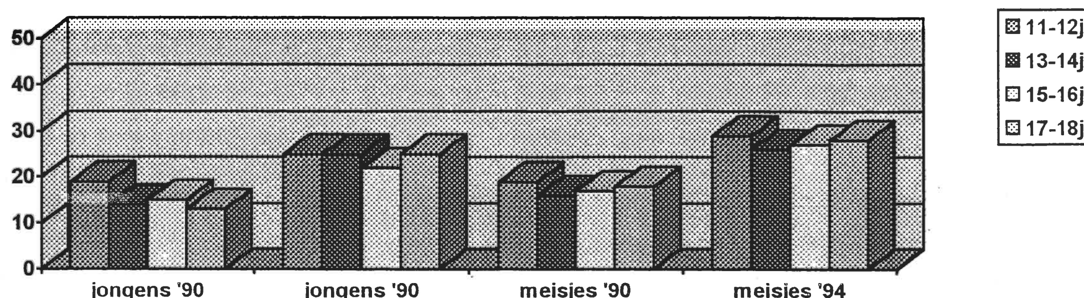



Figuur 6: Medicatiegebruik tegen verkoudheid in de afgelopen maand naar geslacht en leeftijd tussen 1990 en 1994.

Ook voor medicatie tegen een verkoudheid valt voor elke groep een stijging te noteren van 7 tot 12 %. Het gebruik bij de meisjes ligt hoger dan bij de jongens. Dit voor elke leeftijdsgroep en zowel in 1990 als in 1994. Het verschil bedraagt ongeveer 7 à 10 %.

• **HOESTMEDICATIE**

Hoestmedicatie wordt iets meer gebruikt door meisjes dan door jongens en het gebruik ervan is significant toegenomen.




Figuur 7: Hoestmedicatiegebruik de afgelopen maand naar geslacht en leeftijd tussen 1990 en 1994.

Overal valt een stijging te noteren van ongeveer 12 % tegenover 1990. Alleen de jongste categorie van de jongens valt hier uit de toon met slechts een stijging van 6 %. Er is geen significant verschil tussen de beide geslachten en evenmin tussen de verschillende leeftijdscategorieën.

• **MEDICATIE VOOR MAAGPIJN**

Er is enkel een significante stijging bij de 11-12- en 17-18-jarige meisjes, respectievelijk met 5 en 7 % in vergelijking met 1990. Vanaf 13 jaar gebruiken meisjes tot 10 % meer dan jongens.

• **MEDICATIE VOOR ZENUWACHTIGHEID**

Er is geen significant verschil tussen de verschillende leeftijdscategorieën en het gebruik van medicatie voor zenuwachtigheid. Voor zowel 1990 als 1994 scoren beide geslachten, voor elke leeftijd, ongeveer even hoog. Uitschieters zijn met een gebruik van 1 % de jongens van 17-18 jaar in 1990 en de jongens van 11-12 jaar met 8 % in 1994. Gemiddeld ligt het gebruik in 1990 en 1994 voor alle groepen rond de 3 à 5 %.

• **MEDICATIE VOOR SLAAPSTOORNISSEN**

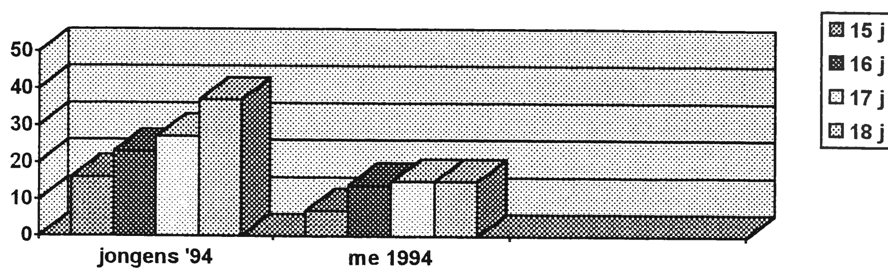
Wat betreft medicatie voor slaapstoornissen is er, zowel voor geslacht als voor leeftijd, geen significant verschil tussen 1990 en 1994. Het gebruikerspercentage ligt voor elke groep rond de 2 %. Deze medicatie wordt het minst gebruikt.

## ------ ILLEGALE DRUGS------

De cijfers uit het onderzoek van Maes, Peeters en Van de Mieroop (Noels en Wydoodt, 1995) betreffende illegaal druggebruik zijn er enkel vanaf 15-jarige leeftijd en enkel voor 1994. De cijfers van 1990 zijn volgens de auteurs niet vergelijkbaar.

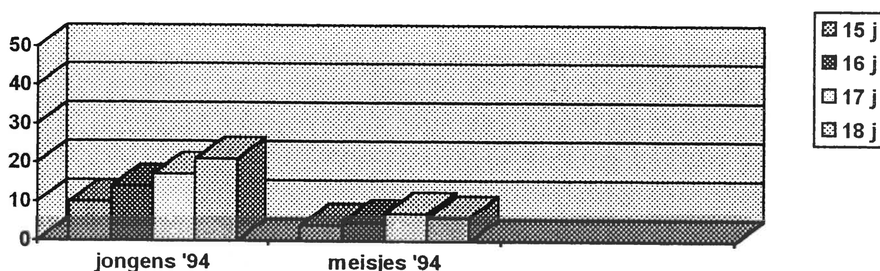
Uit dit onderzoek in 1994 blijkt dat 33,8 % van de jongens en 18,4 % van de meisjes ooit drugs gebruikten.

Cannabisprodukten worden met 19,5 % het meest ooit-gebruikt. Figuur 8 toont aan dat jongens meer gebruiken dan meisjes. Het ooit-gebruik bij jongens stijgt naargelang de leeftijd. Dit is niet het geval bij de meisjes.



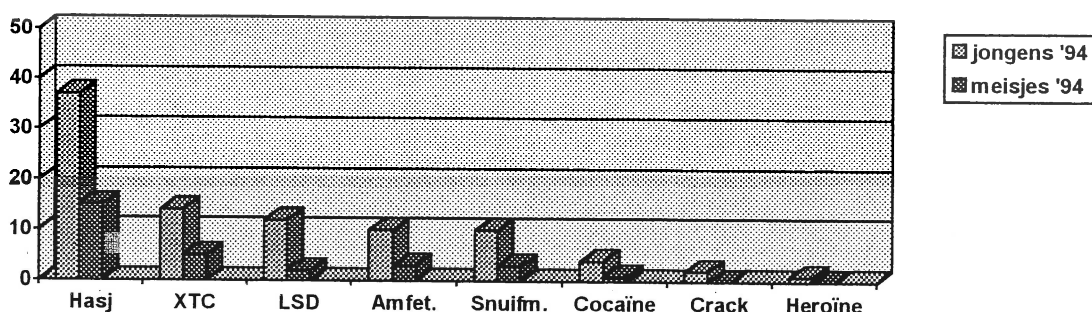

Figuur 8: Het ooit-gebruik van hasj naar geslacht en leeftijd in 1994.

Gemiddeld schommelt het hasjgebruik in de afgelopen maand bij de jongens tussen 10 en 21% en bij de meisjes tussen 4 en 7%.




Figuur 9: Het hasjgebruik in de afgelopen maand naar geslacht en leeftijd in 1994.

Onderstaande figuur geeft het ooit-gebruik van illegale drugs weer van 18-jarige jongens en meisjes in 1994. Bij de 18-jarige jongens valt het hasjgebruik het meest op (37%), gevolgd door het XTC-gebruik (14%) en LSD-gebruik (12%), amfetamines (10%) en snuifmiddelen (10%). Het ooit-gebruik van illegale drugs bij de 18-jarige meisjes ligt veel lager. Hasj werd door 15% van de meisjes ooit-gebruikt en XTC door 5%. Het LSD-gebruik van 18-jarige meisjes is miniem (2%).




Figuur 10: Het ooit-gebruik van illegale drugs op 18 -jarige leeftijd naar geslacht in 1994.

Samengevat:

Uit het V.A.D.-jaarboek 1995 (Noels en Wydoodt, 1995) halen we de belangrijkste conclusies wat betreft de recentste tendenzen omtrent middelengebruik.

Alcohol wordt door meer mannen dan vrouwen gebruikt. De jongeren blijken minder frequent, maar wel intenser te drinken dan ouderen.
Alcoholgebruik is de laatste jaren voor beide geslachten en voor alle leeftijdgroepen onder de jongeren gedaald.

Medicatie wordt meer gebruikt door ouderen dan door jongeren. Vrouwen gebruiken meer medicatie dan mannen. Vanuit het Dimarso-onderzoek bij 18-25-jarigen (Noels en Wydoodt, 1995) blijkt dat pijnstillers door 60% van de bevolking worden gebruikt. Daarnaast worden ook opwekkende middelen (15%), kalmeermiddelen (10%) en slaapmiddelen (7%) gebruikt.

Illegale drugs worden meer gebruikt door mannen. Meer en meer jongeren gebruiken cannabis en XTC, terwijl het gebruik van heroïne en cocaïne gesitueerd blijft bij de dertigers en ouder. Uit het onderzoek van Peeters in 1994 (Noels en Wydoodt, 1995) blijkt dat 33,8% van de jongens ooit illegale drugs heeft gebruikt tegenover 18,4% bij de meisjes. De leeftijd van het eerste gebruik is te situeren rond 15-16 jaar. Het gebruik van meerdere drugs (polydruggebruik) komt geregeld voor.

# ❻ Risico's

De meerderheid van de mensen die drugs gebruiken ondervinden geen problemen met hun druggebruik en ervaren enkel de positieve effecten van gebruik. Nochtans zijn een aantal ernstige risico's verbonden aan druggebruik. Deze risico's hebben soms te maken met de drug op zich en de manier waarop de drug wordt gebruikt. Meestal hangen ze ook samen met de gebruiker en de context van gebruik. (Zie ook 1: termen)

### • 'Gevaarlijke' situaties

In bepaalde situaties houdt het gebruik van de meeste drugs, zelfs in beperkte hoeveelheden, risico's in.
Druggebruik beïnvloedt de reactiesnelheid, de aandacht, de controle, en dit vaak gedurende meerdere uren. Dit betekent dat druggebruik risico's inhoudt in situaties zoals verkeer (bij het besturen van een voertuig, maar ook bij het oversteken van de weg,...), werk (bij het bedienen van machines, bij het nemen van beslissingen,...), school (concentratiemoeilijkheden, black out,...), vrije tijd (agressiviteit, vandalisme,...), enz.
Om deze reden is het niet mogelijk om een grens te trekken tussen veilige en gevaarlijke drugs, omdat de omstandigheden en de persoon van de gebruiker mede bepalend zijn in de beoordeling van veilig of onveilig druggebruik.

### • Overmatig gebruik

Overmatig druggebruik kan op verschillende manieren gebeuren:

❖ het gebruik van een te grote hoeveelheid drugs in een keer, met controleverlies, misselijkheid, ongevallen, bewusteloosheid, of zelfs de dood bij een overdosis (intoxicatie) als gevolg;

❖ het regelmatig, in grote hoeveelheden en gedurende een lange tijd gebruik van drugs, waardoor problemen ontstaan op fysiek, psychisch en/of sociaal vlak. Afhankelijk van het soort drug ontstaan op een bepaald moment tolerantieverschijnselen en resulteert het druggebruik in verslaving, waarbij het steeds moeilijker wordt om op te houden met gebruiken.

### • Lichamelijke problemen

Bij het geregeld gebruiken van een bepaalde drug kan lichamelijke afhankelijkheid optreden, wat betekent dat het lichaam zo ingesteld is op het middel dat men ziek wordt wanneer men ophoudt met gebruiken (ontwenningsverschijnselen).
Sommige middelen schaden bepaalde lichaamsdelen bij overmatig gebruik. Enkele voorbeelden: tabak (chronische bronchitis, longkanker), alcohol (levercirrose, afsterven van de hersenen), amfetamines (haar- en tanduitval), opiaten (ademhalingsstoornissen), enz.
De verschillende risico's van de specifieke middelen zijn bij de bespreking per middel aangegeven (deel II).
Afhankelijk van de gebruikte drugs en de graad van afhankelijkheid kunnen als gevolg van ondervoeding, oververmoeidheid, gebrek aan hygiëne, enz. allerlei infectieziekten ontstaan.

• **PSYCHISCHE PROBLEMEN**

Psychische afhankelijkheid ontstaat wanneer men zodanig gesteld raakt op het effect van bepaalde drugs dat men zich gespannen en ongelukkig voelt wanneer men niet gebruikt. Druggebruik gaat op die manier het leven van de gebruiker volledig domineren.
Dit resulteert samen met de (illegale) status van het produkt vaak in verlies van werk, slechte schoolprestaties, enz.

• **SOCIALE PROBLEMEN**

Problematisch druggebruik bemoeilijkt het sociaal functioneren. Er ontstaan spanningen binnen het gezin, binnen de werk- en schoolsituatie, enz. Conflicten en negatieve reacties vanuit diverse sociale milieus kunnen de druggebruiker volledig isoleren in het drugmilieu.

• **FINANCIËLE PROBLEMEN**

De meeste drugs zijn niet goedkoop en de illegale middelen zijn dat zeker niet. Regelmatig druggebruik zal dan automatisch een redelijk budget opeisen.
Om in de financiële behoeften te voorzien gaan sommige gebruikers drugs dealen (verkopen), om met de winsten in eigen behoeften te voorzien. Hierdoor geraakt men echter steeds meer in het drugmilieu verstrikt en vergroten de risico's op juridische problemen aanzienlijk. Anderen voorzien in de financiële middelen via prostitutie, diefstal en kleine criminaliteit.

• **JURIDISCHE PROBLEMEN**

Zoals in het hoofdstuk rond wetgeving is vermeld kan druggebruik -vooral illegaal druggebruik- aanleiding geven tot juridische problemen.
Druggebruikers kunnen eveneens in contact komen met justitie omwille van diefstal, criminaliteit, vandalisme, enz.

• **SPUITEN**

Het spuiten van drugs houdt een aantal ernstige gezondheidsrisico's in. Wanneer een drug in de aders wordt ingespoten komt dit onmiddellijk in de bloedstroom terecht en gaat dit onmiddellijk naar de hersenen, waardoor het effect binnen enkele
seconden optreedt.
Het spuiten met niet-steriele naalden kan zowel infecties als ernstige ziekten veroorzaken, zoals hepatitis B, C en D en AIDS.

• **GECOMBINEERD GEBRUIK**

Meer en meer gaat men verschillende middelen samen gebruiken. Bij het gebruik van alcohol en tranquillizers bijvoorbeeld gaat het effect van beide meer dan verdubbelen (in een verhouding van 2+2= 5).
Combinatie van verschillende middelen kunnen onvoorspelbare effecten teweegbrengen en resulteren vaak in fatale overdosissen.

• **ZWANGERSCHAP**

Er zijn verschillende manieren waarop druggebruik de foetus kan schaden. Eerst en vooral kan druggebruik de gezondheid van de moeder schaden en op die manier direct, of door zelfverwaarlozing en slechte voeding, de foetus in gevaar brengen.

Drugs beïnvloeden de foetus ook direct via de bloedstroom van de moeder. Dit kan resulteren in handicaps, waarbij de risico's het grootst zijn in de eerste drie maanden van de zwangerschap.

Drugs hebben echter ook dezelfde uitwerking op de foetus als op de moeder, terwijl het lichaam van de foetus niet in staat is dergelijke hoeveelheden te verwerken. Zo komt het voor dat baby's bij de geboorte ontwenningsverschijnselen vertonen en hiervoor medische behandeling nodig hebben. De risico's zijn afhankelijk van het soort drug, maar regelmatig gebruik van om het even welke drug gedurende de zwangerschap vergroot het risico op vroegtijdige geboorte, op verminderd geboortegewicht en op doodgeboren baby's.

Alle bovenvermelde problemen kunnen zich niet enkel voordoen op het vlak van de individuele druggebruiker, maar overmatig druggebruik heeft ook consequenties voor zijn/haar onmiddellijke omgeving (familie, vrienden) en kan eveneens een reeks van maatschappelijke problemen veroorzaken.

# ❼ Preventie

Preventie van alcohol- en andere drugproblemen kunnen we volgens het preventieschema van De Cauter (Walgrave, 1993) situeren op een continuüm met aan de ene pool het algemene welbevinden en aan de andere pool de uitdrukkelijke probleemsituaties. Als dusdanig situeert preventie zich tussen welzijnswerk en gezondheidspromotie enerzijds en hulpverlening anderzijds.
De uiteindelijke doelstelling van een gecoördineerd preventiebeleid inzake alcohol-en andere drugproblemen betreft het verantwoord omgaan van de bevolking met verschillende middelen. Een dergelijke aanpak vraagt naast een persoonsgerichte aanpak (gericht op de persoon of groep die een bepaald risico loopt) ook om structurele maatregelen (gericht op de omgeving waarin het probleem opduikt).

We kunnen dit als volgt voorstellen:

Persoonsgericht

Welbevinden ———————————————— Probleemsituatie

Structureel

Rekening houdend met de aanwezigheid van drugs in onze samenleving en met het feit dat vrijwel iedereen op een bepaald ogenblik met een of andere drug in contact komt, is preventie noodzakelijk.
Preventie kent echter verschillende benaderingen vanuit telkens een andere invalshoek.
Eerder werd reeds duidelijk dat de drie belangrijke factoren 'Mens - Middel - Milieu' een even belangrijke rol spelen in het ontstaan van drugmisbruik.
Om deze reden pleit men als preventiestrategie voor een gecombineerde aanpak met drie aangrijpingspunten: de beschikbaarheid van drugs, de potentiële druggebruiker en de sociale omgeving van de gebruiker (Buisman en Geirnaert, 1992). Hiertussen bestaan onderlinge relaties en ze kunnen bijgevolg niet los van elkaar gezien worden. Wanneer we aan preventie doen, moeten we ons steeds de vraag stellen hoe die onderlinge relaties beïnvloed kunnen worden zodat drugmisbruik voorkomen of teruggedrongen kan worden.

### • PREVENTIE VAN DE BESCHIKBAARHEID VAN DRUGS

Preventie op dit vlak vinden we vooral terug op beleidsniveau. We denken hierbij aan de nationale wetgeving die daarrond in elk land afzonderlijk bestaat, maar ook aan de internationale verdragen, zoals het internationaal opiumverdrag. De bedoeling van die wetgeving is vooral de beschikbaarheid van drugs te beperken.

De internationale verdragen zijn er gekomen omdat het drugprobleem en de drughandel internationaal zijn. Via verdragen en wetgeving probeert men die handel aan banden te leggen door het repressief optreden tegen de grote drugdealers, de drugmaffia. Repressieve maatregelen zijn voornamelijk gericht op het verminderen van het aanbod van drugs.

• **PREVENTIE GERICHT OP DE POTENTIËLE GEBRUIKER**

Deze vorm van preventie is persoonsgericht en tracht de vraag naar drugs in te dijken Hieronder beschrijven we enkele preventiemodellen die vanuit het gezondheids- en welzijnsperspectief gehanteerd worden.

Het **kennis/attitude**-model vertrekt van het standpunt dat uitgebreide informatie over drugs en de effecten ervan leidt tot een negatieve houding over drugs. Hierdoor zou het druggebruik verminderen. Informatiedoorstroming kan gebeuren op zowel een waarschuwende als een informatieve wijze.

De *waarschuwende benadering* wijst op de negatieve effecten en tracht de potentiële gebruiker schrik aan te jagen.
Het gaat meestal om éénmalige activiteiten waarbij beperkte informatie wordt doorgegeven en waar vooral op de emoties van het publiek wordt ingespeeld met de bedoeling hen af te schrikken en hen het voorgeschreven gedrag te laten aannemen. Deze voorstelling staat echter zo ver af van de belevingswereld van de beginnende gebruiker (die het gebruik als positief ervaart), dat alle geloofwaardigheid verloren gaat. Gedragswetenschappers hebben aangetoond dat hoge angst geen blijvende invloed heeft en zeker geen invloed heeft op personen die een bepaald risicogedrag vertonen. Zij gaan de waarschuwing verwerpen ('het overkomt mij niet') of minimaliseren ('grootvader rookte en werd toch 100 jaar'). Evaluaties van deze aanpak tonen dat er geen enkel effect bestaat op het gedrag en dat soms het tegenovergestelde effect wordt bekomen omwille van de aantrekkingskracht van wat wordt verboden.

De *informatieve benadering* beperkt zich meer tot objectieve kennisoverdracht over drugs en de effecten ervan. Ze is gebaseerd op de vooronderstelling dat uitgebreide informatie over drugs en de gevolgen van druggebruik leiden tot een negatieve houding tegenover drugs, wat op zijn beurt zou leiden tot gedragsverandering.
Het betreft hier een rationele benadering die ervan uitgaat dat individuele gedragsfactoren gezondheid bepalen en dat het individu vrij is in haar keuze tot (on)gezond gedrag.
Een duidelijk verschil met de waarschuwende benadering is dat men de doelgroep niet wil overtuigen met emotioneel geladen argumenten om tot het beoogde gedrag te komen (Geirnaert, 1989).
Evaluaties van de informatieve benadering tonen een kennisvermeerdering aan. Kennisvermeerdering is echter geen garantie om te komen tot gedragsverandering. Sommige rapporten vermelden in sommige omstandigheden een vermindering in gebruik, maar andere tonen dan weer een stijgend druggebruik aan. Dit laatste wordt verklaard doordat gedetailleerde informatie de nieuwsgierigheid opwekt en op die manier aanzet tot experimenteren.

Het **affectieve** model zet waardenverduidelijking, het nemen van beslissingen en het ontwikkelen van een positief zelfbeeld centraal. Ook deze benadering bleek weinig efficiënt omwille van het feit dat de methodieken te weinig aansluiting vonden met de realiteit. De sociale omgevingsfactoren die van invloed zijn werden te weinig in rekening gebracht.

Het **sociale competentie**-model legt vooral de nadruk op de persoonlijke en sociale vaardigheden. Er wordt bijvoorbeeld getraind op het leren nee zeggen, het weerstaan aan groepsdruk, het leren omgaan met stress,... Resultaten van evaluaties uitgevoerd op dit terrein zijn zeer bemoedigend. Alle studies tonen een significant effect op het gedrag. De meeste studies hebben echter vooral betrekking op tabakspreventie.

Binnen deze persoonsgerichte benadering moeten het kennis/attitude-, het affectieve en het sociale competentiemodel gecombineerd worden. Het toepassen van slechts één van die modellen is niet voldoende. Naargelang doelgroep, noden en moment moeten de drie met elkaar afgewisseld kunnen worden in een ruimer preventiebeleid.

We dienen er echter ook rekening mee te houden dat een persoonsgerichte benadering alleen niet voldoende is om aan drugpreventie te doen. De achterliggende oorzaken van drugmisbruik zijn immers zeer complex en overstijgen de persoonsgerichte aanpak. Preventie dient bijgevolg op de interactie van al deze aspecten in te gaan. Verder is het belang van een structurele, systematische aanpak op lange termijn niet te onderschatten. De effecten van dit soort strategieën zullen ongetwijfeld groter zijn dan die van éénmalige en op het individu gerichte strategieën.

• **PREVENTIE GERICHT OP DE OMGEVING**

Recent zien we een verschuiving van een eenzijdige klemtoon op de drugs en de druggebruiker naar de omgevingsfactoren als aandachtspunt binnen preventie. Omgevingsfactoren vormen een onderdeel van een globaal preventiebeleid. Op die manier wordt nadruk gelegd op de structurele factoren die een invloed hebben op druggebruik.

In het VAD - pakket 'Drugbeleid op school' (De Man, 1993) steunt het preventiebeleid op drie pijlers: het uitwerken van een plan, een opvoedings- en een interventieluik. Bij elk van de pijlers wordt ingegaan op zowel persoonsgerichte als omgevingsfactoren.

**Een plan** op school moet in de eerste plaats duidelijk de grenzen aangeven van wat kan en niet kan met betrekking tot drugs op school. Wat is de houding van de school tegenover het gebruik van genotmiddelen op school zelf, aan de schoolpoort, op schoolfeesten en schoolreizen, ... ? Behalve de grenzen moeten ook de gevolgen van het overtreden van die grenzen in het plan voorzien zijn. Hoe reageert men op individuele gebruikers, dealers, een groep gebruikers, wat zijn de gevolgen van één-malig gebruik, van herhaald gebruik, worden de ouders op de hoogte gebracht, ... ?
Het plan moet daarnaast ook nog een aantal strategieën bevatten die bepalen hoe de school zal reageren wanneer druggebruik wordt vastgesteld. Dit betekent dat er afspraken gemaakt moeten worden over de rol van de verschillende betrokkenen: wat moet een leerkracht doen, hoeveel ruimte krijgt hij, wie voert de sancties uit, hoe worden de ouders benaderd, wordt de politie verwittigd, ... ?
Een duidelijk plan, eventueel opgenomen in het schoolreglement, heeft als voordeel dat regels en afspraken door iedereen gekend zijn. Bovendien kan het schoolpersoneel bij een probleem op een éénduidige manier reageren.

Afhankelijk van de leeftijd, ervaringen, vragen en noden van de leerlingen is de preventie geïntegreerd in een globaal programma van gezondheidsvoorlichting en **opvoeding** of wordt een eerder specifiek programma aangeboden. Hierbij is het belangrijk dat er voldoende aandacht wordt besteed aan de omgeving, aan het schoolklimaat waarin het onderwerp aan bod komt. De leerlingen mogen zich niet geremd voelen en open kunnen praten.

Naast sancties moet er ook begeleiding voorzien zijn. Deze **interventie** of begeleiding wordt bij voorkeur in de school zelf georganiseerd. Pas wanneer de leerkracht of eventueel het PMS/MST-centrum geen bevredigend antwoord kunnen geven, kan externe hulp worden ingeroepen. De school moet echter de doorverwijzing blijven opvolgen.

Al deze maatregelen zullen echter pas effect hebben bij een aanpak op lange termijn en wanneer ze deel uitmaken van een geïntegreerd beleid. Louter preventie gericht op de omgeving zou op weerstanden van de gebruiker kunnen stuiten.

• **EEN COMBINATIE VAN MODELLEN**

Zoals reeds eerder vermeld, is het niet aangeraden om een effectief beleid uit te werken aan de hand van één preventiemodel. Een combinatie van verschillende strategieën gericht naar de omgeving, de gebruiker en het druggebruik, is méér dan wenselijk.

Het **sociaal-ecologisch** model is zo'n geïntegreerd model. Het richt zich naar de ruime sociale omgeving waarin druggebruik plaatsvindt: het gezin, de school- of werkomgeving, de peergroup, de lokale gemeenschap en de samenleving. Bovendien worden een aantal beschermende elementen uitgebouwd die de gebruiker minder kwetsbaar moeten maken voor drugmisbruik, ongeacht de risicovolle omgevingsfactoren. Het school- en gezinsklimaat hebben een buffereffect voor wat betreft de keuze van vrienden en hebben ook een invloed op het zelfbeeld en de schoolband. Een positief school- en gezinsklimaat is dus essentieel, maar om dit te bereiken is een veelzijdige aanpak nodig waarbij ouders, leerkrachten en jongeren worden betrokken.

• **PREVENTIE IN PRAKTIJK**

Drugpreventie mag zich uiteraard niet toespitsen op één sector, maar dient voldoende en tegelijk aanwezig te zijn in de verschillende sectoren. Idealiter wordt een gelijklopend drugbeleid uitgewerkt in de verschillende maatschappelijke sectoren, weliswaar aangepast aan de noden en specifieke aanpak per sector. Momenteel ondersteunt VAD ondermeer het drugbeleid op school en binnen de Bijzondere Jeugdzorg, een alcohol- en drugbeleid in bedrijven en werd ook een drugbeleid voor jeugdhuizen en jeugdbewegingen ontwikkeld. Vanuit éénzelfde concept worden verschillende klemtonen gelegd naargelang de sector.

Samengevat:

De ontstaansfactoren van drugmisbruik (zowel individueel als structureel) zijn heel complex verweven. Preventieve activiteiten en strategieën dienen te worden uitgewerkt op basis van een grondige analyse ervan. Wanneer een globale preventieve werking wordt nagestreefd, dient ingewerkt te worden op het geheel van factoren die van invloed zijn binnen de verschillende maatschappelijke sectoren. Interventies dienen gericht zowel op het aanbod als op de vraag te zijn gericht. Daarom dient preventie gecoördineerd en gestructureerd te verlopen.
Overleg en samenwerking tussen de verschillende geledingen op lokaal, regionaal, provinciaal, gemeenschaps-, federaal en internationaal niveau is heel belangrijk. Globale beïnvloeding is enkel mogelijk binnen een gezamenlijke langetermijnplanning.

# ❽ Hulpverlening

Hulpverlening is nodig wanneer er problemen ontstaan door het gebruik van produkten. Problemen kunnen een rechtstreeks gevolg zijn van het gebruik, maar kunnen ook een indirect gevolg zijn. Rechtstreekse problemen hebben te maken met de eigenschappen van het produkt en zijn doorgaans van medisch - fysieke aard.
Onrechtstreekse problemen hebben eerder te maken met het verwerven van de drugs of met het feit van de onwettelijkheid van druggebruik. Aangezien illegaal druggebruik strafbaar is, belanden veel druggebruikers in de gevangenissen, waar doorgaans weinig sprake is van opvang of begeleiding. Daarenboven wordt het druggebruik in de gevangenis vaak via een illegaal circuit verdergezet.

Hulpverlening richt zich voornamelijk tot de rechtstreekse problemen tengevolge van gebruik.

Druggebruik leidt echter niet automatisch tot verslaving. Veel jongeren blijven steken in de fase van het experimenteren. Eens ze hebben ondervonden wat het juist is, houden velen onder hen het voor bekeken. Anderen gaan toch door en kunnen zich daarbij problemen op de hals halen.
De verschillende stadia van gebruik vragen een gedifferentieerd hulpverleningsaanbod.
Het inschatten van het stadium van gebruik en het afstemmen van het behandelaanbod op de nood zal de eerste taak van de hulpverlening zijn. Veel kan opgelost worden in een informele sfeer of in de niet-gespecialiseerde, laagdrempelige eerstelijnshulpverlening zoals een polyvalent centrum of een PMS-centrum.
De eerstelijnshulpverlening is het best geplaatst om tijdig in te spelen op de samenhang tussen druggebruik en tal van psychosociale problemen via informatie- en adviesverstrekking, het werken aan sociale vaardigheden, het begeleiden van conflicten op school, met justitie en met ouders of vrienden, ... .
Bij acute problemen met druggebruik is het belangrijk zo snel mogelijk een arts of de hulpdiensten te verwittigen. Crisisinterventie en detoxificatie krijgen dan de eerste prioriteit.
Voor problematische druggebruikers is vaak een langere medische en psycho-sociale behandeling nodig. Hiervoor komt gespecialiseerde categoriale hulpverlening in aanmerking. Wanneer er sprake is van lichamelijke afhankelijkheid zal de verslaafde gebruiker eerst lichamelijk moeten ontwennen (afkicken). Deze fase in de behandeling duurt maximaal enkele weken. Om los te komen van de geestelijke afhankelijkheid is meer tijd nodig, soms jaren.

De hulpverlening aan druggebruikers kan zich dus op verschillende niveaus situeren. De grootste groep van probleemgebruikers komt terecht in de nulde en eerste lijn, terwijl een minderheid voor behandeling in gespecialiseerde diensten terechtkomt.

### • HULPVERLENING OP DE NULDE LIJN

Het gaat hier vooral om zelfhulpgroepen en om mantelzorg.
Het belangrijkste principe van de werking van zelfhulpgroepen bestaat erin dat de hulp niet komt van hulpverleners maar van mensen die hetzelfde meegemaakt hebben of nog meemaken.
De meeste gekende zelfhulpgroep zijn de AA (Anonieme Alcoholisten).
De mantelzorg staat voor de opvang van probleemgebruikers door de onmiddellijke omgeving.

• **HULPVERLENING OP DE EERSTE LIJN**

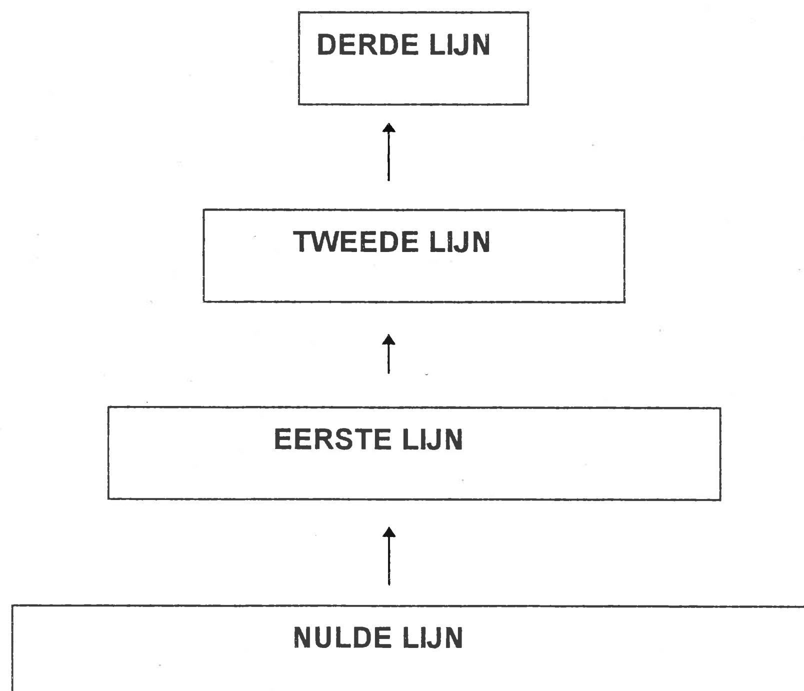
Deze diensten hebben een lage drempel. Hier kan men ondermeer terecht voor informatie. Eerstelijnwerkers hebben de taak om probleemgebruikers aan verdere hulpverlening te helpen. Voorbeelden van eerstelijndiensten zijn: OCMW, huisartsen, polyvalente centra, Info-Jeugd, telediensten, de Druglijn, PMS/MST,...

• **HULPVERLENING OP DE TWEEDE LIJN**

Hier gaat het om gespecialiseerde diensten waar verschillende professionele medewerkers (psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker,..) instaan voor de hulpverlening. De begeleiding gebeurt hier ambulant, wat betekent dat de cliënt zeer regelmatig contact houdt met de dienst voor het volgen van een individuele en/of groepsbehandeling.
Voorbeelden: centra voor geestelijke gezondheidszorg, consultatiebureaus voor alcoholisme, methadoncentra.

• **HULPVERLENING OP DE DERDE LIJN**

Zoals op de tweede lijn gaat het hier om gespecialiseerde diensten met als verschil dat de behandeling hier residentieel gebeurt. Dit betekent dat de druggebruiker in de dienst wordt opgenomen en er een programma volgt van 3 maanden tot 1,5 jaar dat gericht is op herstel en drugvrije terugkeer in het sociale leven.
Voorbeelden: gespecialiseerde afdeling van een psychiatrische kliniek, ontwenningskliniek, therapeutische gemeenschap.



# ❾ Wetgeving

Niet alle drugs zijn in België verboden. Wanneer we iets willen zeggen over de wetgeving in verband met drugs, moeten we het onderscheid hanteren dat gemaakt wordt tussen legale en illegale drugs.

## ----- WETGEVING IN VERBAND MET LEGALE DRUGS --------

Er bestaan een reeks wetten en Koninklijke Besluiten die handelen over alcohol, tabak en geneesmiddelen.

### • ALCOHOL

De Belgische wetgeving controleert het schenken van sterke dranken in drankgelegenheden (met vergunningen). Ook de produktie van alcoholhoudende dranken wordt gereglementeerd, voornamelijk omwille van fiscale en economische redenen.
Daarnaast is er de beteugeling van dronkenschap, waarbij volgende zaken worden bestraft:

❖ zich in een openbare plaats in staat van dronkenschap bevinden;

❖ schenken van alcoholische dranken aan een persoon die kennelijk dronken is;

❖ opdienen van alcohol aan minderjarigen beneden de 16 jaar (geldt alleen voor herbergiers);

❖ het doen drinken van een persoon die kennelijk dronken is;

Het alcoholverbruik in het wegverkeer wordt eveneens gereglementeerd waarbij een alcoholgehalte vanaf 0,5 promille in het bloed (dec. '94) strafbaar is.
Wanneer men in dronken toestand een auto of een ander voertuig bestuurt, riskeert men een geldboete van minimum 5000 fr. en maximum 100.000 fr. en een rijverbod van drie uur (tussen 0,5 en 0,8 promille) of een geldboete tussen 30.000 fr. en 300.000 fr. (minimum 0,8 promille). Bij meer dan 0,8 promille kan men ontzet worden uit het recht om een voertuig te besturen voor de duur van 8 dagen tot 5 jaar. Bij herhaling worden de straffen hoger (Poté, R.).

### • TABAK

De Belgische wetgeving omtrent tabak is uitgebreid en heeft betrekking op verschillende aspecten van tabaksgebruik: reclame, etikettering, teer- en nicotinegehalte, roken in openbare plaatsen en roken op het werk.
De wetgeving op tabaksreclame (K.B. van 12 december 1982 en 10 april 1990) beperkt tabaksreclame tot reclame voor het produkt zonder suggestieve sfeerbeelden: informatie over het merk, de prijs, het aantal, de verpakking en het teer- en nicotinegehalte is toegelaten. Bovendien moeten tabaksreclames een gezondheidswaarschuwing bevatten. De huidige wetgeving wordt omzeild door reclame voor diensten en sportmanifestaties.
Momenteel ligt een wetsvoorstel voor een totaal verbod op tabaksreclame ter bespreking.

Ook het teer- en nicotinegehalte zijn gereglementeerd (K.B. van 13 augustus 1990). Het teergehalte is beperkt tot 15 mg (vanaf jan.'93) en tot 12 mg (vanaf jan.'98). Het nicotinegehalte is beperkt tot 1.5 mg (vanaf jan.'93) en tot 1.2 mg (vanaf jan.'98).

Het K.B. van 15 mei 1990 en de verfijningen van 2 januari 1991 en 7 februari 1991 beschermen niet-rokers en verbieden het roken in openbare plaatsen. Roken is verboden in gesloten plaatsen die toegankelijk zijn voor het publiek en die deel uitmaken van 8 types van gebouwen. Voor de horeca-sector geldt een uitzondering (Joossens,1995).

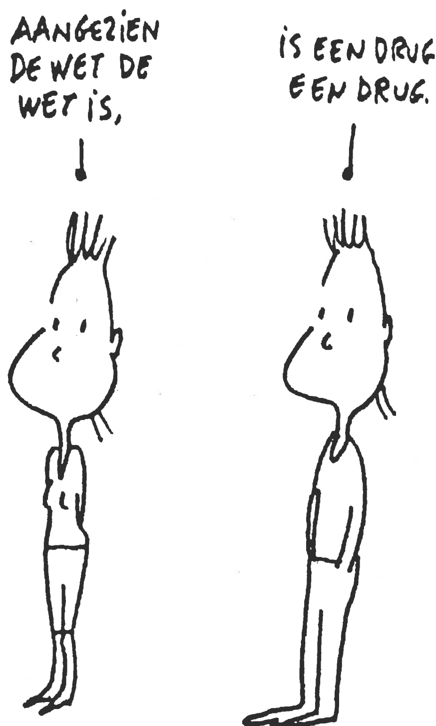
Roken op het werk wordt geregeld door het K.B. van 31 maart 1993 ter aanvulling van het A.R.A.B., artikel 148, decies 2.2..

• **MEDICATIE**

Een K.B. van 9 juli 1984 regelt de reclame op geneesmiddelen en voorziet dat elke farmaceutische firma een verantwoordelijke voor reclame moet hebben die ter verantwoording kan geroepen worden door de overheid.
In de K.B.'s van 3 juni 1984 en 27 juni 1986 werd bepaald dat de bijsluiter die zich in de verpakking van een geneesmiddel bevindt, moet worden opgesteld in een begrijpelijke taal voor het publiek. (Dit is tot op vandaag onvoldoende gerealiseerd).
Het K.B. van 25 juni 1987 regelt de verkoop van slaap- en kalmeermiddelen waarbij deze sinds 1 januari 1988 enkel met een doktersvoorschrift te verkrijgen zijn.
Tot 1991 was reclame voor geneesmiddelen verboden op televisie. In het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 12 juni 1991 tot regeling van de reclame en sponsoring op radio en televisie werd een reclameverbod ingesteld op geneesmiddelen en medische behandelingen die enkel op doktersvoorschrift verkrijgbaar waren.

• **ANDERE**

Het gebruik van koffie (met cafeïne) is legaal en wordt als volledig normaal beschouwd. Vluchtige snuifmiddelen zijn vrij in de handel te koop en het gebruik ervan is niet illegaal.



De basis van de drugwetgeving in België wordt gevormd door de wet van 24 februari 1921, laatst gewijzigd op 9 juli 1975. De wet zegt in het algemeen welke handelingen strafbaar zijn. De drugwet van 1921 heeft een internationale basis (het Opiumverdrag van Den Haag van 1912). Door Koninklijke Besluiten is een lijst uitgewerkt, waarin wordt opgesomd welke verdovende middelen verboden zijn. Die lijst wordt regelmatig aangepast.

Sinds de wetswijziging van 1975 vallen volgende produkten onder de drugwet:

- gifstoffen
- ontsmettingsmiddelen
- slaapmiddelen
- verdovende middelen
- andere psychotrope stoffen, die afhankelijkheid teweegbrengen.

Welke stoffen dit allemaal zijn wordt niet in de wet bepaald, maar in de Koninklijke Besluiten. Dit systeem maakt het mogelijk om snel in te gaan op nieuwe internationale ontwikkelingen en beslissingen. De middelen die niet in een 'catalogus van middelen' bij K.B. zijn opgenomen, zijn legaal.
In de wetgeving wordt geen onderscheid gemaakt tussen soft en hard drugs. Alle misdrijven gelden zowel voor heroïne als voor hasj, zodus ook de straffen.

Wel is het zo dat de wet voor elk misdrijf een minimum - en een maximumstraf bepaalt waartussen de rechtbank de straf vrij kan bepalen. De rechtbank kan dus de strafmaat aanpassen aan de situatie van de persoon en aan de precieze feiten die gepleegd werden (Jac Hasselt, V.A.D. e.a., 1994).

**• WAT VERBIEDT DE DRUGWET ?**

- de onwettige verhandeling van de in de K.B.'s opgesomde stoffen. Met de verhandeling wordt bedoeld: de in- en uitvoer, het vervoer, de vervaardiging en het bezit[2], de verkoop en het te-koop-stellen, de aflevering of aanschaf al dan niet tegen betaling.
- het vergemakkelijken van het gebruik door het verschaffen van een lokaal of enig ander middel
- het gebruik in groep [3]
- aanzetten tot gebruik
- mededaders (zij die noodzakelijke hulp verlenen) en medeplichtigen (hulpverleners die nuttige hulp verlenen)

[2] Via de omweg van het bezit of vervaardiging kan ook het kweken van planten verboden worden, tenminste voor zover de planten in hun onbewerkte vorm zijn opgenomen in de lijst van verboden middelen (vb. cannabis).

[3] De wet zegt niet uitdrukkelijk dat individueel gebruik strafbaar is, maar vermits gebruik ook het bezit van drugs inhoudt, wordt individueel gebruik via een omweg bestraft.

❖ vervalsen van medische voorschriften

❖ het specifieke artsendelict (de geneesheren, dierenartsen of paramedici die misbruik maken van het voorschrijven, toedienen of afleveren van geneesmiddelen die slaapmiddelen, verdovende middelen of psychotropen bevatten).




• **WELKE SANCTIES RISKEERT DE OVERTREDER ?**

De wetgeving op illegale drugs is een repressieve wet. Het minste gebruik of bezit kan aanleiding geven tot vrij zware straffen. Daarenboven maakt de wetgever geen onderscheid tussen verschillende soorten drugs.
De algemene regel in drugzaken is dat de gevangenisstraf kan gaan van 3 maanden tot 5 jaar, al dan niet gepaard gaande met een geldboete. De geldboete kan gaan van 1.000 fr. tot 100.000 fr. (te vermenigvuldigen met 200). Dit wil zeggen dat als de rechter nu een geldboete oplegt van 1.000 fr. effectief, uiteindelijk een bedrag van 200.000 fr. zal moeten betaald worden.
Hierop kunnen verzachtende of verzwarende omstandigheden van toepassing zijn en kunnen bijkomende straffen worden opgelegd of voorwaardelijke veroordelingen worden uitgesproken. Als men bijvoorbeeld zelf minderjarigen betrekt bij het druggebruik door hen drugs te verkopen, gratis drugs aan te bieden of als men de minderjarige in zijn appartement drugs laat gebruiken, kan men zwaarder gestraft worden.
Mededaders kunnen dezelfde straf krijgen als de hoofddader. Enkel medeplichtigen kunnen een lagere straf krijgen.
Wanneer men onder invloed van illegale drugs een auto of een ander voertuig bestuurt, gelden dezelfde straffen als onder invloed van alcohol.

• **STRAFVERMINDERING WEGENS ONTHULLING**

In de drugwet van 1975 is opgenomen dat men strafvermindering of zelfs ontslag van rechtsvervolging kan krijgen wanneer men aan de overheid de identiteit van daders bekendmaakt of hen op de hoogte brengt van misdrijven. Het moet wel gaan om daders of misdrijven die nog niet bekend waren bij het gerecht. Er is hierbij geen controle mogelijk.

• **PROCEDURE BIJ BETRAPPING VAN MEERDERJARIGEN**

Wanneer je betrapt wordt met drugs, wordt een proces-verbaal opgesteld. De drugs worden in beslag genomen en getest. Meestal volgt fouillering en huiszoeking met toestemming.
Bij kleine hoeveelheden wordt het parket meestal niet ingelicht. Bij grote hoeveelheden zal men de substituut (meestal gespecialiseerd in drugszaken) van dienst contacteren. Deze beslist dan verder hoe de zaak wordt afgehandeld: ofwel word je in vrijheid gesteld ofwel word je ter beschikking gesteld. Het proces-verbaal wordt steeds overgemaakt aan het parket (Keersmaekers, 1995).

• **PROCEDURE BIJ BETRAPPING VAN MINDERJARIGEN**

De strafwet is niet van toepassing op personen van minder dan 18 jaar.
Ofwel wordt de zaak geseponeerd, ofwel kan de minderjarige opgeroepen worden om zich samen met zijn ouders aan te bieden bij de substituut van de afdeling jeugdbescherming van het parket. Zijn zaak wordt dan samen met de ouders besproken. Dit houdt een ernstige waarschuwing in voor de toekomst: in geval van herhaling kan door het parket tussenkomst van de jeugdrechter gevraagd worden die in ernstige gevallen tot plaatsing in een instelling kan overgaan. Ofwel wordt de minderjarige ter beschikking gesteld en onmiddellijk voor de jeugdrechter geleid. Dit zal het geval zijn wanneer het gaat om ernstige feiten. Vanaf het ogenblik dat de jeugdrechter is ingeschakeld staat de minderjarige onder toezicht van die jeugdrechter en zal deze minderjarige in geval van herhaling bijna altijd opnieuw worden voorgeleid om voor diezelfde jeugdrechter te verschijnen (Keersmaekers, 1995.

• **DE OMZENDBRIEF VAN MINISTER WATHELET (MEI 1993)**

Deze nationale omzendbrief moet sinds 1 september 1993 door alle parketten worden toegepast. Ze beoogt een gemeenschappelijk strafrechtelijk beleid inzake verdovende middelen. Er wordt nadruk gelegd op de psycho-sociaal-medische begeleiding van de druggebruiker. Kerngedachte is dat geen enkele (drug)zaak zomaar geseponeerd mag worden.
In de omzendbrief wordt een onderscheid gemaakt tussen drie types van druggebruik, waarbij telkens andere maatregelen worden voorgesteld:

❖ de *gelegenheidsgebruiker*: gaat het om een losstaand feit, gebruik met minderjarigen, gebruik verbonden aan een ander misdrijf, ... ?

❖ de *gewoontegebruiker*: eerste dossier, meerdere dossiers, andere misdrijven, ... ?

❖ de *verkoper* (met winstgevend doel): verkoop aan minderjarigen, verkoop gevolgd door overlijden, ... ?

De voorgestelde maatregelen zijn zwaarder voor de tweede en nog zwaarder voor de derde categorie. De toepassing van deze richtlijn blijft echter verschillen van parket tot parket.

De wetgeving van 2 april 1965 verbiedt niet enkel het gebruik van dopingprodukten met het oog op het kunstmatig opvoeren van het rendement van de sportbeoefenaar, maar de persoon die de doping bezorgt of vergemakkelijkt is eveneens strafbaar.
De K.B.'s van 1977 en 1978 en de Besluiten van de Vlaamse Executieve van 1985 en 1987 vermelden al de produkten die verboden worden. Deze besluiten werden herzien door het decreet van 27 maart 1991 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening, die gebaseerd is op de internationaal erkende reglementering van het Internationaal Olympisch Comité.
De Vlaamse Executieve benoemt de voorzitter en de leden van de Vlaamse Antidopingcommissie.
De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid kan op advies van de Vlaamse Antidopingcommissie produkten op die lijst toevoegen of schrappen.
De Besluiten regelen eveneens de controles op doping. Controles kunnen verricht worden door de sportfederaties, door de gerechtelijke politie op bevel van de Procureur van het ambtsgebied en door de Vlaamse Gemeenschap. Deze laatste voert het grootste aantal controles uit.

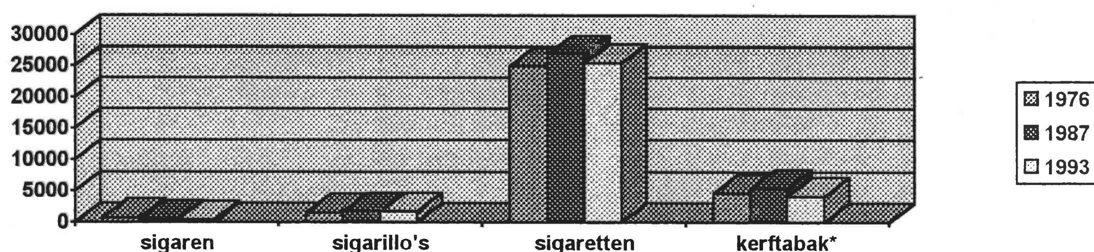
# ⑩ Economische aspecten van druggebruik

## ----- ALCOHOL ------

In de meeste Westerse landen is de produktie van alcoholhoudende dranken een belangrijke economische factor. In België zijn het vooral de grote brouwerijen die heel wat werkgelegenheid verschaffen; ieder jaar wordt er 13 à 14 miljoen hectoliter bier gebrouwen. In 1994 werd in België iets meer dan 14,7 miljoen hectoliter gebrouwen. In vergelijking met 1993 betekent dat een stijging met 3,95%. Die stijging is niet te danken aan de consumptie in eigen land, maar aan de toenemende export. Waar de nationale consumptie een daling kende van 1,29%, steeg de export met maar liefst 21,6%. Bijna één derde van de totale Belgische bierproduktie wordt uitgevoerd (vooral naar Frankrijk). België voert ongeveer 0,5 miljoen hectoliter per jaar in (vooral uit Denemarken en Duitsland). Een groot deel van het hier geproduceerde en ingevoerde bier vindt zijn weg naar de gebruiker via de horeca-sector, de rest via de kleinhandel. Caféhouders, restaurantuitbaters, winkeliers, enz. zijn voor een groot deel aangewezen op de inkomsten van bier en andere alcoholhoudende dranken.
Deze uitgebreide economische activiteit bezorgt de staatskas aanzienlijke inkomsten door de heffing van invoerrechten, accijnzen en BTW (samen meer dan 20 miljard fr. per jaar). De wet van 28 december 1983 laat de verkoop van sterke drank (meer dan 22°) in drankgelegenheden toe, mits men in het bezit is van een vergunning, die uiteraard moet betaald worden.
Maar toch is de economische balans van het alcoholgebruik niet zo uitsluitend positief. Overdreven alcoholconsumptie leidt immers tot werkverzuim, verkeersongevallen, gezondheidsproblemen, vandalisme,... Dit kost geld aan ondernemingen, ziekenfondsen, en verzekeringsfirma's, kortom aan de samenleving als geheel.

## ---TABAK---

De laatste jaren zien we een daling in de industriële produktie van tabak in België.




Figuur 11: Industriële produktie van tabak in België (in miljoen stuks behalve * in ton) (bron: FEDETAB en The European Bureau for Action on Smoking Prevention)

Nochtans wordt verminderd binnenlands verbruik grotendeels gecompenseerd door de groeiende export. De volledige sigarettennijverheid is de voorbije jaren in handen gekomen van multinationals. Sommigen hebben hun Belgische bedrijven gesloten en hun activiteiten naar het buitenland gebracht.

De tewerkstelling in de tabaksnijverheid is dus vrij beperkt en daalt jaarlijks. In de periode van 1983 tot 1992 nam de werkgelegenheid in deze sector met 28% af. In 1991 werkten er ongeveer 4500 mensen in de directe tabaksnijverheid en ongeveer 2400 in afgeleide tewerkstelling (Schelback & Van den Panhuyzen,1994). De tabaksindustrie beweert dat de anti-tabakscampagnes en de restrictieve wettelijke maatregelen de oorzaken zijn van een daling in de tewerkstelling. De dalende tewerkstelling heeft echter volledig betrekking op de handarbeiders. Het is misleidend te denken dat dit banenverlies te wijten is aan verminderd binnenlands verbruik. De redenen voor deze daling zijn vooral het gevolg van een rationalisering en automatisering van de nijverheid.
De overheid heft hoge belastingen (BTW en accijnzen) op tabakswaren die ongeveer 75% uitmaken van de kleinhandelsprijs en brengt de Schatkist zo aanzienlijke inkomsten (53 miljard in 1995). Maar het tabaksverbruik kost de overheid ook veel geld. Volgens sommige onderzoekers zijn de opbrengsten uit taxatie ontoereikend om de gezondheidskosten ten gevolge van het tabaksgebruik te dekken. Daarnaast brengt roken kostelijke bijkomende gevolgen met zich mee zoals werkverlet, produktieverlies en ook veiligheidsrisico's (brand).

## ---- MEDICATIE -----

Op de Belgische markt waren er in 1993 zo'n 2.699 merknamen van geneesmiddelen voor humaan gebruik beschikbaar. Het aantal actieve bestanddelen in de geregistreerde geneesmiddelen voor gebruik bedroeg 2.489.

Volgens de Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie had de markt van geneesmiddelen voor menselijk gebruik in 1994 een omzet van ongeveer 117 miljard frank. 53,2 % van de publiekelijk verkochte geneesmiddelen bestond uit volledig geïmporteerde waar. Deze stijgende import gaat samen met een dalende omzet van medicatie van volledig Belgische oorsprong. In de farmaceutische sector werken nu nog 18.599 mensen. De tewerkstelling is in 1994 voor het eerst in 15 jaar gedaald. De sector investeerde in 1994 nog 13 miljard in navorsing.

De verkoop van farmaceutische specialiteiten in ons land is gestegen van 70 miljoen verpakkingen in 1952 tot 200 miljoen in 1972. In de periode 1972 - 1994 is de verkoop blijven stijgen, maar dan in mindere mate: 224 miljoen verpakkingen in 1980, 249 miljoen in 1990 en 285 miljoen in 1994. De winstmarges van de farmaceutische industrie zijn zowel in het binnenland als in het buitenland hoger dan die van de rest van de industrie (Joossens, 1996).

Uit de cijfers van het Belgisch Instituut voor Gezondheidseconomie blijkt dat de Belg één van de vooraanstaande consumenten is op het vlak van geneesmiddelen. België staat op de vijfde plaats na Duitsland, Frankrijk, Italië en Luxemburg.

Een internationaal onderzoek naar de verkoop van kalmeermiddelen, uitgevoerd door de Franse federatie van de farmaceutische industrie op basis van gegevens van het IMS in 1989, heeft uitgewezen dat Frankrijk van 8 landen de koploper is in de verkoop van kalmeermiddelen. Per duizend inwoners werden er in Frankrijk 140 eenheden ingenomen, voor België was dat 104. De verkoop van kalmeermiddelen in België ligt 2,5 maal hoger dan in Nederland en 5 maal hoger dan in Groot-Brittannië.

De pijnstiller Perdolan is sinds jaren het meest verkochte geneesmiddel in België. Jaarlijks worden in België meer dan 500 miljoen tabletten van vrij verkoopbare pijnstillers verkocht. De tien meest verkochte geneesmiddelen in ons land omvatten zes pijnstillers, twee kalmeermiddelen, één maagmiddel en één antibioticum.

Gemiddeld geven Belgen ongeveer 1.000 fr. per maand uit voor hun geneesmiddelen. Daarvan wordt de helft terugbetaald. In 1994 gaf elke Belg gemiddeld 12.030 fr. uit aan geneesmiddelen, waarvan er 6.100 fr. wordt terugbetaald door de ziekteverzekering.

## -----ILLEGALE DRUGS-----

De bestaande gegevens in verband met illegale drugs zijn afkomstig van de Algemene Politie Steun Dienst (APSD) en werden vermeld in het VN verslag voor de Commissie van de verdovende middelen. In 1995 werden 26.767 (tegenover 19.245 in 1994) processen-verbaal opgemaakt voor personen die verdacht werden van een misdrijf met betrekking tot illegale drugs. We moeten er echter wel bij vermelden dat cijfers over inbeslagnames niet zozeer iets vertellen over het druggebruik op zich, maar wel over de activiteiten van de politiediensten op dit vlak.

Globaal gezien is België niet alleen een transitland, vanwege haar centrale ligging in Europa, maar ook een eindbestemming voor de drugtrafiek. Het druggebruik is gedurende de laatste jaren gestegen. Het gebruik van psychotrope substanties zoals cannabis, amfetamines, XTC en recentelijk ook LSD, is vooral terug te vinden bij de jeugd.

De laatste jaren zijn er geen grote schommelingen geweest inzake het aantal inbeslagnames van *heroïne*. De meeste heroïne wordt geïmporteerd en verdeeld door Turkse bendes en komt uit Zuidoost-Azië. Daarnaast zijn ook Nigeriaanse bendes betrokken bij de trafiek van heroïne.

*Cocaïne* blijft voornamelijk afkomstig uit de Latijns-Amerikaanse Andeslanden. De meeste cocaïne is echter bestemd voor het buitenland. De inbeslagnames van cocaïne stegen constant gedurende de laatste tien jaar, met een record van ongeveer drie ton in 1993. In 1994 was het aantal inbeslagnames nog steeds aanzienlijk, maar de hoeveelheden daalden beduidend.

*Cannabis:* Ongeveer 35 ton marihuana en 20 ton hasj werden in België in beslag genomen in 1994.

De illegale produktie van *amfetamines*, en meer specifiek *XTC* in België is vooral gericht op eigen land en Groot-Brittannië. De meeste XTC die gebruikt wordt in België is uit Nederland afkomstig.

# - DEEL II : DE VERSCHILLENDE PRODUKTEN -

# ❶ Hallucinogene of bewustzijnsveranderende middelen

## ----- CANNABIS ------

### • HERKOMST

Marihuana en hasj zijn afkomstig van de hennepplant (Cannabis sativa).
Het werkzame bestanddeel THC (tetrahydrocannabinol) zit in de harsachtige laag waarmee de toppen van de vrouwelijke hennepplant bedekt zijn.
Deze kleverige stof wordt op verschillende manieren van de plant losgemaakt en tot een lichtbruine, groenbruine tot zwarte substantie samengekneed: dit is hasj.
De gedroogde en verkruimelde toppen van de vrouwelijke hennepplant noemt men marihuana (weed, wiet). Het ziet eruit als fijne tot grove thee en varieert in kleur van grijsgroen tot groenbruin.
Hasjolie is een stroperige vloeistof die verkregen wordt door toevoeging van een organisch oplosmiddel (bijv. alcohol of aceton) aan hasj. Na het filteren wordt het oplosmiddel grotendeels gedistilleerd.

Cannabis werd in 1840 geïntroduceerd als westers geneesmiddel. Eeuwenlang was de hennepplant reeds belangrijk voor de wereldeconomie: de ijzersterke vezels kenden zeer veel toepassingsmogelijkheden (touw, textiel, canvas, zeilen, papier, tapijten,...).

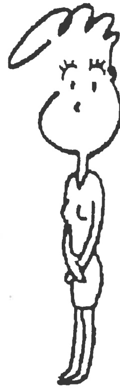
### • GEBRUIK

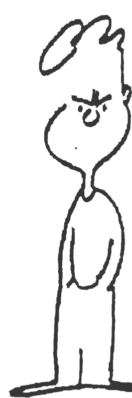
Marihuana en hasj worden in ons land meestal gerookt (blowen, smoren) in de vorm van een gerolde sigaret met een kartonnen filtertje (joint, stick) of in een klein pijpje (chillum) of waterpijp. Marihuana wordt soms ook verwerkt in voedsel (bijv. cake) of drank (bijv. thee).

### • EFFECTEN

De effecten van het gebruik van hennepprodukten zijn heel verschillend. De hoeveelheid en de kwaliteit van het middel speelt een rol, maar ook de manier van gebruik en de verwachtingen en de persoonlijkheid van de gebruiker.
Het gebruik geeft gewoonlijk een prettig gevoel van vrolijkheid en spraakzaamheid. Er is de neiging om te giechelen en te lachen om onbenullige zaken. Tijd en ruimte worden soms op een andere manier beleefd. Over het algemeen is er na het gebruik een gevoel van loomheid en slaperigheid. Een hongerig gevoel met soms behoefte aan zoetigheid kan dan voorkomen.

Het gebruik van grotere hoeveelheden hennepprodukten kan (meestal heel lichte) evenwichtsstoornissen veroorzaken. De ogen worden vaak overgevoelig voor licht, de polsslag sneller, er is een geringe ademhalingsversnelling en de bloeddruk stijgt iets.
Grote neerslachtigheid of paniek kan soms voorkomen en dit vooral wanneer de hennepprodukten in combinatie met andere middelen, zoals LSD, worden gebruikt.
Hetgebruik van marihuana of hasj heeft een invloed op het uitvoeren van bepaalde handelingen die een zekere vaardigheid vereisen (autorijden, bandwerk).




• **AFHANKELIJKHEID**

Marihuana en hasj geven geen lichamelijke afhankelijkheid. Wel is er, zoals met alle stoffen die de geest beïnvloeden, kans op geestelijke afhankelijkheid. Iemand die bijvoorbeeld marihuana gebruikt om meer ontspannen of spraakzaam te zijn, kan er afhankelijk van worden. In plaats van andere manieren te zoeken om die situatie het hoofd te bieden of te veranderen, wordt het middel gebruikt om die situatie te ontlopen. Het gebruik bevredigt tijdelijk een aantal behoeften en verlangens, maar levert geen echte bijdrage tot het oplossen van problemen.
Over het algemeen is er bij het gebruik van marihuana en hasj geen sprake van tolerantie. Integendeel krijgen ervaren rokers gemakkelijker dan beginners effecten van het produkt. Dit noemt men negatieve tolerantie.

• **RISICO'S**

Lang niet alles is bekend over de werking van marihuana en hasj en zeker niet op lange termijn. Wel weten we dat het de volgende risico's oplevert:

❖ sociaal:

- marihuana en hasj zijn niet-aanvaarde middelen in onze samenleving. Het gebruik ervan isoleert de gebruiker in een bepaalde subcultuur en kan ernstige problemen opleveren op school, op het werk, met de politie,...
- het risico bestaat dat mensen in kringen waar hennepprodukten gebruikt worden, gemakkelijker in aanraking komen met andere illegale drugs zoals heroïne, speed en cocaïne. De overgrote meerderheid van cannabisgebruikers stapt echter niet over naar deze andere drugs.
- het gebruik van cannabis gebeurt vaak in gezelschap van anderen. De buitenwereld kijkt tegen zulk groepsgedrag vreemd aan, veroordeelt het soms.

❖ lichamelijk:

- het roken van marihuana en hasj kan het ademhalingssysteem aantasten. Een joint bevat ongeveer tweemaal zoveel teer als een gemiddelde sigaret. De combinatie van THC en teer geeft zelfs een cumulatief effect. Er is dan ook een verhoogd risico op bronchitis en kanker bij langetermijngebruik.
- gecombineerd gebruik met alcohol geeft soms onverwachte, gevaarlijke reacties; je kan plots heel misselijk worden.
- het kortetermijngeheugen wordt verstoord.

❖ geestelijk:

- regelmatig en langdurig gebruik van hennepprodukten kan het concentratievermogen,het reactievermogen en het korte termijngeheugen doen afnemen. Dit heeft gevolgen op je functioneren (in verkeer, op school, op het werk).
- de gemoedstoestand van de persoon op het moment dat hij cannabis gebruikt, wordt versterkt: positieve gevoelens worden positiever, negatieve gevoelens worden erger.
- bij inname van grotere hoeveelheden (voornamelijk bij gebruik van produkten met een hoger THC - gehalte) bestaat het risico op acute toxische psychosen.
- bij langdurig en overmatig gebruik bestaat het risico dat je geestelijk afhankelijk geraakt van het produkt.
- Langdurig en frequent cannabisgebruik kan leiden tot een 'vervlakkingssyndroom' waarbij de interesse voor andere zaken dan cannabisgebruik afneemt.

## ----- TRIPMIDDELEN ------

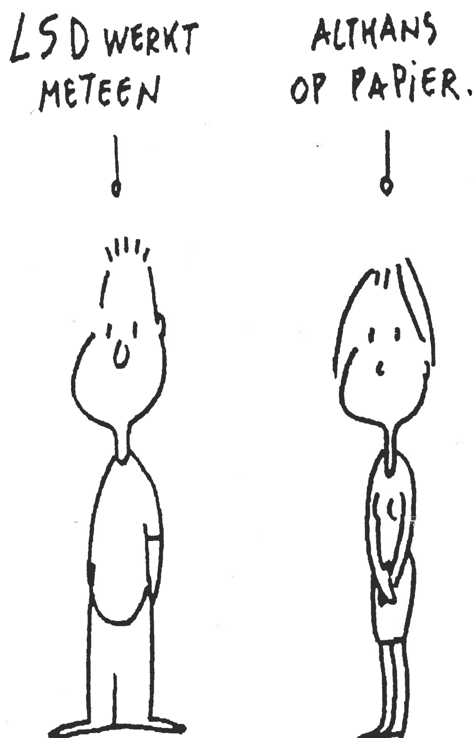
### • HERKOMST

Sinds de mens heeft ontdekt dat de natuur tripmiddelen maakt, worden ze gebruikt. Oorspronkelijk gebeurde dit voor magische en religieuze doeleinden, maar nu is die toepassing naar de achtergrond verdwenen.
Natuurlijke tripmiddelen zitten in de huid en urine van bepaalde paddestoelen, in sommige soorten paddestoelen en in sommige cactussoorten zoals de peyote. Ook in veelgebruikte kruiden zoals foelie en nootmuskaat zitten hallucinogenen, maar slechts in zeer kleine hoeveelheid.
Daarnaast worden tripmiddelen in laboratoria gebruikt. Eén van de bekendste is LSD.
LSD is een sterk geconcentreerd middel waarvan men slechts kleine hoeveelheden nodig heeft (100 tot 250 microgram; 1 microgram=één miljoenste gram).
Het is een synthetisch wit, kristalachtig poeder. Gezien de zeer kleine dosis die nodig is voor het gebruik, is het opgelost in een vloeistof, geurloos, kleurloos en smaakloos. Het heeft ook soms de vorm van kleine, korrelvormige pilletjes. Het uitzicht wordt vooral bepaald door de uiteenlopende wijzen van bereiding: op suikerklontjes, postzegels, lijm op briefomslagen, vloeipapier, witte of gekleurde pilletjes,...

De hallucinogene werking van de chemische stof LSD werd op een eerder toevallige wijze ontdekt door de Zwitserse scheikundige Albert Hoffman in 1938. Aanvankelijk werd LSD medisch gebruikt als hulpmiddel bij de psychotherapie.
In de jaren '60 werd LSD de meest gebruikte drug van jongeren die protesteerden tegen de traditionele waarden. Zij wilden hun bewustzijn verruimen en op die manier alternatieven vinden voor de moraliserende wereld waarin ze leefden.

• **GEBRUIK**

Paddestoelen worden gegeten of er wordt thee van gemaakt. De peyotecactus wordt in schijven gesneden en de gedroogde schijven worden dan gekauwd.
LSD wordt via de mond ingenomen. Liquide worden druppels op vloeipapier of op een klontje suiker aangebracht. LSD wordt zelden gespoten. Meestal wordt LSD als papertrip op de tong gelegd of opgelost in water.




• **EFFECTEN**

Een tripmiddel versterkt bestaande emoties en verandert beleving en ruimte.
Typisch voor LSD is de waarnemingsstoornis. Kleuren worden helderder, geluid kan men voelen, muziek kan men zien. Verder is er een verhoogde bloeddruk, pupilverwijding, zweten en een verhoogd hartritme.
Een trip duurt gemiddeld 8 tot 10 uur waarbij de persoon in zichzelf gekeerd is.
Soms is er sprake van depressie en psychotische symptomen (aanvallen van achtervolgingswanen, zelfmoordideeën, ...).
Dagen of weken, soms een jaar na gebruik van LSD kan het effect soms spontaan terug optreden, zonder dat opnieuw gebruikt wordt (flash back).
Er zijn ook varianten waarbij een trip wel 24 uur kan duren. Een voorbeeld hiervan is DOB, een middel dat soms opduikt in het uitgaanscircuit. De gebruiker denkt dan dat hij XTC heeft gekocht.
In paddestoelen en de peyotecactus zitten ook andere stoffen die misselijkheid en braken kunnen veroorzaken.

• **AFHANKELIJKHEID**

Fysieke afhankelijkheid komt niet voor, vermits er geen ontwenningsverschijnselen zijn. Wel went het lichaam snel aan de stof en heeft het nemen van een dosis vlak na de vorige geen effect. Er kan wel zich een sterke psychische afhankelijkheid voordoen.

• **RISICO'S**.

Er kunnen een aantal psychologische problemen ontstaan als gevolg van gebruik van LSD. Tripmiddelen kunnen een psychose oproepen en panieksituaties veroorzaken. De subjectieve effecten kunnen omslaan in gevoelens van extreme onaangenaamheid, angst, depressie, paniek en achtervolgingswaanzin. In sommige gevallen kan dit effect zeer lang duren (uren of dagen). We noemen dit een 'bad trip'.
Bovendien veranderen tripmiddelen het beoordelingsvermogen wat gevaarlijke situaties kan veroorzaken.

## ❷ Opwekkende of stimulerende middelen

### ----- AMFETAMINES -----

• **HERKOMST**

Amfetamines zijn synthetische produkten die onder meer een stimulerende werking uitoefenen op lichaam en geest. Andere namen zijn stimulantia, pepmiddelen en wekamines. 'Speed' en 'pep' zijn straatnamen voor amfetamines. Aan het einde van de vorige eeuw werden voor het eerst amfetamines aangemaakt in een laboratorium.
Tijdens de Tweede Wereldoorlog werden deze middelen vooral aangewend door soldaten en vliegeniers om vermoeidheid te verdrijven en om lichamelijke en geestelijke arbeid langer vol te houden. Het werd legaal voorgeschreven en beheerst gebruikt.
De epidemie van de amfetamine - afhankelijkheid ontstond pas later in 1960 toen het bij een deel van de jeugd populair werd. De 'speedgolf' verspreidde zich eerst in de Scandinavische landen en later waaide dit over naar de V.S., Japan en het Europese continent. In 1970 werd amfetamine internationaal onder wettelijke controle gebracht.

• **GEBRUIK**

De amfetamines, die men in pilvorm op doktersvoorschrift kan kopen in de apotheek, worden vooral via de mond ingenomen.
Amfetamines komen ook voor op de illegale markt ('speed'). Daar wordt het meestal in poedervorm verkocht. Gebruikers snuiven dit meestal witte poeder of spuiten het in na oplossing in water. Het snuiven of spuiten van amfetamines veroorzaakt een hogere concentratie in het bloed, het beoogde effect is heviger en komt sneller. Het geeft een kort, intens gevoel ('flash').

• **EFFECTEN**

In de medische wereld kunnen in uitzonderlijke gevallen en bij duidelijke indicaties amfetamines voorgeschreven worden bij narcolepsie (slaapziekte), als eetlustremmer (in vermageringstabletten) en bij de behandeling van hyperkinetische (hyperactieve) kinderen. Men kan dus stellen dat er quasi geen medische indicaties zijn voor het voorschrijven van amfetamines.

Nochtans menen sommige mensen amfetamines te moeten gebruiken:

- om prestaties op te drijven;
- als op-pepmiddel;
- tegen vermoeidheid (bv. in examenperiode);
- als doping bij sport;
- om meer zelfvertrouwen, grotere besluitvaardigheid te krijgen;
- om de seksuele aandrift te verhogen en de intensiteit van het orgasme op te drijven;
- om af te slanken, te vermageren.

Het effect van amfetamines kan tot 8 uur duren. Methamfetamines werken nog iets langer.

### • AFHANKELIJKHEID

Bij gebruik van amfetamines ontstaat vrij snel een geestelijke afhankelijkheid (een overweldigende drang om het middel te blijven gebruiken). De gebruiker heeft steeds grotere hoeveelheden nodig om het gewenste psychisch effect te krijgen (tolerantie).
Gebruikers hebben de idee dat de drug onmisbaar is voor hun normale functioneren. Ze blijven gebruiken, vaak om de sombere stemming na de uitwerking weer te verdrijven. Lichamelijke afhankelijkheid doet zich niet voor.

### • RISICO'S

Bij kort, intensief gebruik bij o.a. examens en sportprestaties zit het groot gevaar in het negeren en tot zwijgen brengen van fysiologische alarmsignalen, zoals vermoeidheid, honger, enz.
Door een tekort aan slaap en rust gaan gebruikers hun reserves aanspreken. Dit kan leiden tot een volledige lichamelijke uitputting. Een ander risico bij speedgebruik in het uitgaansleven is oververhitting door een gebrek aan drinken.
Ook een beperkte dosis geeft reeds hartkloppingen, hogere bloeddruk, misselijkheid en verwijding van de oogpupillen. Tevens vermindert de zelfkritiek en de realiteitszin.
Bij mensen die langere tijd veel amfetamines gebruiken komen agressiviteit, overmatige spraakzaamheid en een verwarde gedachtengang voor. De toestand wordt ernstiger als er bepaalde vormen van geestelijke gestoordheid optreden. Ze zien, horen en voelen dingen die niet bestaan en hebben het gevoel achterna gezeten te worden (paranoia). Agressieve paniekreacties komen voor.
Het plotseling stoppen na een langdurig en intensief gebruik gaat meestal met moeilijkheden gepaard. Er treden geen typische lichamelijke onthoudingsverschijnselen op zoals bv. bij opiaten en alcohol maar vaak komen rusteloosheid, onrustige slaap en gevoelens van moeheid en depressie voor.
Bij bezigheden die een zekere controle (of extra concentratie) vereisen, zoals autorijden, is het gebruik van amfetamines zeer gevaarlijk.
Het gelijktijdig afwisselend gebruik van amfetamines met alcohol of slaapmiddelen is ook zeer risicovol.
De combinatie met alcohol maakt dat dronkenschap niet gevoeld wordt en dit kan leiden tot roekeloos en agressief gedrag.

## ----- CAFEÏNE ----

### • HERKOMST

Cafeïne is een van de meest gebruikte opwekkende middelen. Het kan uit verschillende planten worden verkregen:

- de zaden van de Coffea Arabica (koffie)
- de bladeren van Thea Sinensis (thee)
- de zaden van Theobromo Cacao (cacao, chocolade)
- de noten van Cola Acuminata (cola-dranken)

Koffie en thee werden zo'n 300 jaar geleden in het Westen geïntroduceerd en werden hier bijzonder populair. In zuivere vorm is cafeïne een wit kristalpoeder.

• **GEBRUIK**

Meestal wordt cafeïne gedronken. Het wordt ook via het voedsel opgenomen. Medisch is het verkrijgbaar in tabletten of capsules of in een vloeibare samenstelling voor injectie.

• **EFFECTEN**

Eén of twee koppen koffie veroorzaken een gevoel van welbevinden, een grotere alertheid en verdringen gevoelens van vermoeidheid en slaap. De zintuigen worden gestimuleerd. Gedurende korte tijd verscherpt koffie de concentratie. Cafeïne stimuleert de urineafscheiding. Grote hoeveelheden veroorzaken beven.
Medisch wordt cafeïne gebruikt in de behandeling van bepaalde vormen van hoofdpijn die verband houden met hypertensie, in de behandeling van hyperactieve kinderen, in de behandeling van ontwenning van cafeïneverslaving en als een stimulerend middel voor een reeks van medische problemen.

• **AFHANKELIJKHEID**

Gewenning en gewoontevorming bij het gebruik van cafeïne is groot. Cafeïne leidt tot lichamelijke afhankelijkheid en geeft een geringe neiging tot geestelijke afhankelijkheid.

• **RISICO'S**

Cafeïne veroorzaakt slaapproblemen en vermindert de kwaliteit van de slaap.
Grote hoeveelheden veroorzaken prikkelbaarheid, rusteloosheid, slapeloosheid, versnelde en onregelmatige hartslag, verhoogde bloeddruk. Langdurig gebruik in hoge dosissen kan leiden tot chronische slapeloosheid, depressie, maagirritatie, onregelmatige hartslag, enz.
Bij hoge dosissen worden de zintuigen overgevoelig en is men gevoeliger voor pijn en aanraking.

## ----- COCAÏNE -----

• **HERKOMST**

Cocaïne, ook wel 'coke' of 'snow' genoemd, is afkomstig uit de bladeren van de cocastruik (Erythroxylon Coca). De cocastruik wordt verbouwd in Peru, Bolivia, Chili, Columbia en Brazilië.
Een klein gedeelte van de produkten wordt door de lokale bevolking geconsumeerd. De rest vindt zijn weg naar het buitenland. De bladeren van de cocastruik worden gekauwd. Dat kauwen verdrijft honger en pijn, werkt stimulerend en verlicht ademhalingsmoeilijkheden op grote hoogte. Al in vroegere culturen in Midden- en Zuid-Amerika kwam het regelmatig gebruik van cocabladeren voor. De Inca's gebruikten de bladeren enkel voor religieuze doeleinden.

De stof cocaïne werd voor het eerst in 1859 langs chemische weg vrijgemaakt en later in de geneeskunde gebruikt, o.a. voor plaatselijke verdoving. Cocaïne werd aanvankelijk ook verwerkt in thee, wijn, neuspoeders, spuitwater en cola. Na het bekendworden van de schadelijkheid nam het medisch en industrieel gebruik snel af en na de eerste WO werd cocaïne verboden. In kringen van artiesten, intellectuelen en zakenmensen werd cocaïne in het Westen een modedrug.

## • Gebruik

Cocaïne is een kristalachtig wit tot geelachtig poeder met een overwegend bittere smaak. Het poeder wordt in een lijntje gelegd en meestal gesnoven.
Sommige gebruikers spuiten cocaïne eventueel gecombineerd met heroïne ('speedbal'). De laatste jaren is het 'basen' van cocaïne in opmars: met maagzout gemengd rookt men het uit een waterpijp, gevuld met alcohol (rum, whisky).
'Crack' is een substantie die ontstaat nadat cocaïne en maagzout met water wordt gekookt. Na afkoeling ontstaat een produkt dat in stukjes wordt gebroken en in ampullen wordt verpakt. Crack wordt als ampule in een klein pijpje gerookt.

## • Effecten

Cocaïne werkt stimulerend het centrale zenuwstelsel, de hartslag, de ademhaling en het verhoogt de bloeddruk. Zoals bij de meeste andere drugs zijn de effecten verschillend naargelang gewicht, conditie en verwachtingspatroon, maar in grote lijnen zijn de effecten als volgt.
Men voelt zich sterk actief, spraakzaam en vol zelfvertrouwen. Inspanningen kunnen langer worden volgehouden zonder dat men honger, dorst of vermoeidheid voelt. Maar het lichaam geeft geen waarschuwingssignaal. De gebruiker merkt niet dat zijn lichaam wordt overbelast. Dit kan tot uitputting leiden.
Matig cocaïnegebruik kan sexueel stimulerend werken, maar bij toenemend gebruik neemt dit effect als snel af en kan de zin in sex helemaal verdwijnen.
Het wegvallen van remmingen veroorzaakt bovendien agressief en onaangenaam gedrag.
Door regelmatig of overmatig gebruik kunnen angsten en waanvoorstellingen voorkomen. De gebruiker kan een zeer sterk jeukgevoel krijgen en rusteloos en opgejaagd worden. Het geluksgevoel slaat soms om in diepe neerslachtigheid.
Anderzijds heeft cocaïne plaatselijk ook een verdovende werking. Het blokkeert de prikkelgeleiding door de gevoelszenuwen en wordt daarom als plaatselijk verdovingsmiddel gebruikt in de geneeskunde.
Bij het snuiven van cocaïne treedt het piekeffect na enkele minuten op en na een half uur is het effect verdwenen. Spuiten geeft een bijzonder snel en hevig effect, dat circa 10 minuten aanhoudt. Nog intenser is het effect na het roken van crack. De roes is echter korter waardoor men sneller opnieuw een portie nodig heeft, zodat het gevaar voor verslaving groter is.

## • Afhankelijkheid

Strikt genomen is er geen lichamelijke afhankelijkheid. Het stoppen met gebruik gaat niet gepaard met lichamelijke ziekteverschijnselen. Toch worden soms verschijnselen gesignaleerd die verband houden met het stoppen van gebruik zoals inhalen van een tekort aan slaap, vraatzucht,..
De kans op geestelijke afhankelijkheid is groter.. De gebruiker heeft het gevoel zonder cocaïne niet meer goed te kunnen functioneren.
Over het algemeen is er bij het gebruik van cocaïne geen sprake van tolerantieverschijnselen.

## • Risico's

Intensief en/of langdurig gebruik van cocaïne kan ernstige lichamelijke en geestelijke problemen opleveren.
Bij het snuiven kan het neustussenschot op termijn beschadigd worden. Er is een verhoogde kans op hart- en vaatproblemen, ademhalingsmoeilijkheden en leverbeschadiging.

Door lange tijd overactief te zijn en te weinig voeding raakt het lichaam verwaarloosd en uitgeput. Hierdoor heeft het nog maar weinig weerstand tegenover allerlei infectieziekten. Het risico tot uitputting speelt extra bij de combinatie van cocaïne met alcohol.
Door het spuiten is er gevaar voor ontsteking op de injectieplaats, bloedvergiftiging en hepatitis. Door elkaars injectiespuit te gebruike n is er gevaar voor HIV-besmetting en bijgevolg AIDS.
Het gebruik van grote hoeveelheden kan een zogenaamde cocaïnevergiftiging tot gevolg hebben; krampen en flauwvallen zijn daarvan kenmerken.
Zeer algemeen voorkomend bij cocaïnegebruikers zijn hardnekkige jeukgevoelens en huidbeschadigingen door de onbedwingbare neiging om aan hun huid te pulken en te krabben (ook ten gevolge van de hallucinaties).
De behoefte om het middel te blijven gebruiken gaat de belangstelling en de interesse voor het alledaagse leven overheersen. Hierdoor kan men moeilijkheden krijgen op het werk, op school, in het gezin,.. De gebruiker voelt zich vaak verheven en heeft het gevoel dat hij de wereld doorziet. Bij langdurig gebruik of in hoge dosissen is de gebruiker prikkelbaar, huilerig, depressief, heeft soms zelfmoordgedachten, en angst.
Bovendien kost verslaafd zijn aan cocaïne veel geld. Sommige gebruikers komen in financiële problemen en raken daardoor vaak in de criminaliteit.

## ----- NICOTINE -----

### • HERKOMST

De tabaksplant is afkomstig uit Noord-Amerika en werd door Columbus in Europa geïntroduceerd op het einde van de 15de eeuw. Aanvankelijk werden de tabaksbladeren gebruikt als geneesmiddel, later als genotsmiddel.
In de Westerse landen daalt het aantal rokers sinds de jaren '70 onder invloed van de rapporten over roken en gezondheid en tabakspreventiecampagnes. Tussen 1982 en 1994 daalde het aantal volwassen rokers van 40 % naar 25 %. In 1994 kwam de daling echter tot stilstand en werd er voor het eerst weer een stijging vastgesteld.

### • GEBRUIK

Nicotine wordt meestal geïnhaleerd in de vorm van tabaksrook, maar kan ook worden gekauwd (in tabak en in kauwgom) en gesnoven.
De meeste rokers zijn met een eerste sigaret begonnen onder sociale druk en ook wel uit nieuwsgierigheid.

### • EFFECTEN

In tabak zitten meer dan 1000 verschillende stoffen die vrijkomen bij verbranding. De drie belangrijkste zijn: koolstofmonoxide (CO), teer en nicotine. Na inhalatie verdringt de koolmonoxyde - een kleur- en smaakloos giftig gas - de zuurstof in het bloed, met als gevolg een chronisch zuurstoftekort wat resulteert in gedaalde weerstand en een verminderd prestatievermogen.

Teer is de bruine brij die de filter van de sigaret, de vingers en tanden en de slijmvliezen van de luchtwegen kleurt. In teer zijn vooral kankerverwekkende stoffen terug te vinden (o.a. cadmium, nikkel). Eén sigaret bevat 5 mg tot 30 mg teer.

Nicotine is het bestanddeel waaraan de roker verslaafd geraakt en waarvan hij het effect zoekt. Eén sigaret bevat 0,5 tot 3 mg nicotine (een injectie met 70 mg nicotine is dodelijk).

Tabak is de enige natuurlijke bron van nicotine. Pure nicotine ziet eruit als een olieachtige vloeistof.

Na inhalatie bereikt de nicotine in 7 seconden tijd de hersenen en komt via de longblaasjes in het bloed terecht om zo in het gehele lichaam te worden verspreid. Nicotine wordt vrij vlug uit het lichaam verwijderd via de urine. Nicotine werkt in op het zenuwstelsel dat de spijsvertering, de bloeddruk en hartwerking regelt en verstoort zo grondig de lichaamsfunctie. De voornaamste gevolgen van deze werking zijn: verhoogde hartslag en bloeddruk, verlaging van de huidtemperatuur, versnelde ademhaling, verminderde eetlust, verhoogde maagzuurproduktie en darmwerking.

Bij de beginnende roker veroorzaakt de eerste sigaret misselijkheid, duizeligheid, hoofdpijn en braken. Bij verder gebruik raakt het lichaam gewend aan een zekere dosis nicotine en verdwijnen de bijwerkingen. Gewoonterokers ervaren het roken positief omwille van de psycho-sociale betekenis (symbool: je hoort erbij), de zintuiglijke ervaring en het farmacologisch effect (roken brengt zowel een rustgevend als een stimulerend effect).

- **AFHANKELIJKHEID**

Na iedere inhalatie krijgt de roker snel een positieve prikkel. De herhaling ervan leidt tot gewenning. Doordat roken positief wordt ervaren is het goed begrijpbaar dat rokers lichamelijk en geestelijk afhankelijk worden.
Het effect van nicotine daalt naarmate men langer rookt. Vandaar dat rokers steeds meer gaan roken om hetzelfde effect te bereiken. De meeste rokers kunnen het roken moeilijk langer dan 2 à 3 uren laten.
Rokers die overschakelen op teer- en nicotine-arme sigaretten gaan bijgevolg de lichte sigaretten compenseren door meer te roken en dieper te inhaleren om hetzelfde effect te bereiken. Hetzelfde geldt voor het sigarettepijpje.

Rokers zullen bij het stoppen met roken last hebben van onthoudingsverschijnselen: verlaagde bloeddruk, verhoogde eetlust, concentratiestoornissen, prikkelbaarheid, hoofdpijn, nausea,... Deze symptomen zijn van korte duur. Het verlangen, de drang naar tabak kan langdurig aanhouden.
Nicotinekauwgom kan voor rokers bij wie de nicotinegewenning en de vrees voor afkickverschijnselen het stoppen moeilijk maken, een tijdelijk hulpmiddel zijn. Wel moet de therapie tijdelijk zijn en onder begeleiding gebeuren. Verslaving aan kauwgom treedt slechts weinig op.

- **RISICO'S**

Op lange termijn kan roken de typische rokersziekte veroorzaken: verminderde fysieke conditie, verlies van smaak- en reukzin, chronische bronchitis, hart- en vaatziekten, maagzweer, longkanker, lipkanker, kanker van de mond, nieren en urineblaas.
Enkele bevolkingsgroepen lopen extra risico's door het roken, zowel door zelf te roken als door blootstelling aan de tabaksrook van anderen. Het gaat hier om zwangere vrouwen (verhoogd risico op miskraam, vroegtijdige geboorte, laag geboortegewicht), kinderen, cara-patiënten, personen met hart- en vaatziekten.

# ❸ Verdovende of kalmerende middelen

## ----- ALCOHOL ------

### • HERKOMST

Alcohol is de oudste en meest verspreide drug. Hij werd reeds 8500 jaar geleden geproduceerd en gebruikt.
Doorheen de geschiedenis heeft het alcoholgebruik hoogten en laagten gekend. In sommige culturen wordt het gebruik ervan aanvaard, in andere is het verboden.
In het Westen is het gebruik van alcohol de laatste decennia sterk gestegen. De alcoholindustrie is dan ook een belangrijke economische activiteit in de meeste Westerse landen.
Alcohol ontstaat door gisting van natuurlijke suikers die in granen en fruit zitten. De alcohol die geschikt is voor consumptie is ethylalcohol (ethanol). In pure vorm is het een reuk- en smaakloze vloeistof die een brandend gevoel geeft bij inname.

### • GEBRUIK

Er zijn drie soorten alcoholhoudende dranken: bier, wijn en gedistilleerde (sterke) dranken. De concentratie alcohol in een drank wordt uitgedrukt in graden. Alcohol wordt gedronken.

### • EFFECTEN

Alcohol verdooft het centrale zenuwstelsel. Als gevolg daarvan geeft het een gevoel van ontspanning. De remmende invloeden op de hersenen worden eveneens verlamd, zodat kleine hoeveelheden alcohol het zelfvertrouwen, de spraakzaamheid, de durf,.. doen toenemen.
Grotere hoeveelheden alcohol verminderen het reactievermogen. Het gehoor en het gezicht worden minder scherp terwijl het zelfvertrouwen toeneemt. Bij nog meer alcohol verliezen we de controle over de bewegingen en het coördinatievermogen vermindert. Lopen wordt wankelen, praten wordt lallen. Ook treedt vermoeidheid op.
Bij nog grotere inname van alcohol wordt het stuurcentrum van de automatische spierbewegingen verdoofd (vb. hart en longen). Dit kan leiden tot hart- en ademhalingsstilstand met coma en zelfs de dood tot gevolg

### • AFHANKELIJKHEID

Alcoholgebruik wordt gekenmerkt door tolerantie. Dit betekent dat men steeds grotere hoeveelheden nodig heeft om het gewenste effect te bereiken. Tevens leidt het tot fysieke en psychische afhankelijkheid. Het drastisch verminderen van gebruik doet ontwenningsverschijnselen ontstaan zoals beven, zenuwachtigheid, braken en slapeloosheid. Dit kan levensgevaarlijke vormen aannemen (delirium tremens, epileptische insulten (=crisis)).
De alcoholemie verschilt naargelang geslacht, vetgehalte, opgenomen hoeveelheid alcohol en gewicht van de persoon. Vrouwen hebben bijvoorbeeld meer vetweefsel en minder lichaamsvocht waarin de alcohol verspreid kan worden. Tengevolge hiervan worden zij bij het drinken van eenzelfde hoeveelheid alcohol meestal sneller dronken dan mannen.

• **RISICO'S**

Risico's van overmatig alcoholgebruik liggen op lichamelijk, geestelijk en sociaal vlak.
Op lichamelijk vlak kunnen zich lever- en hartvervetting, levercirrose, hersenbeschadiging, maagontstekingen, enz. voordoen.
Geestelijke gevolgen zijn onder meer jaloersheid, prikkelbaarheid, achterdocht, depressies, achtervolgingswaan, hallucinaties,...
Op sociaal vlak kunnen moeilijkheden in het gezin, financiële en juridische moeilijkheden, verlies van werk, vrienden, sociaal isolement, ...ontstaan.
Specifieke risicosituaties ontstaan bij het gebruik van alcohol in het verkeer. Het gebruik van alcohol in de werksituatie kan eveneens aanleiding geven tot ongevallen, verkeerde beslissingen,enz. Concentratiestoornissen en een vertraagde reactiesnelheid liggen hierbij meestal aan de basis.
Alcohol heeft tevens een nadelige invloed op de sportprestaties.
Er is een grote voorzichtigheid vereist indien men alcohol combineert met geneesmiddelengebruik.
Ook tijdens de zwangerschap houdt het gebruik van alcohol heel wat risico's in en kan onder meer aanleiding geven tot het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS).

## ----- SLAAP- EN KALMEERMIDDELEN ------

• **HERKOMST**

Slaap-en kalmeermiddelen worden gebruikt bij angst, onrust en slaapproblemen.
De oudste groep van kalmeermiddelen dateert van het begin van deze eeuw. Een barbituraat met de naam 'Barbitural' en andere barbituraten werden aangemaakt in laboratoria. Meer dan 2000 types werden ervan geproduceerd en ze werden gedurende lange tijd veelvuldig gebruikt, maar bleken zeer verslavend te zijn. Ze brachten zelfs het risico van een soms dodelijke overdosis mee.
In 1965 werd een nieuwere groep, de benzodiazepines ontdekt. Deze groep heeft in ruime mate het gebruik van de klassieke kalmeermiddelen verdrongen en wordt in onze samenleving zeer intens gebruikt. Bekende merknamen zijn Valium, Librium, Lexotan, Seresta, Temesta, Diazepam. Mogadon, Rohypnol en Halcion hebben een uitgesproken slaapverwekkend effect.

• **GEBRUIK**

Al deze produkten worden onder de vorm van tabletten en capsules via de mond ingenomen, soms wordt het middel ook ingespoten.

• **EFFECTEN**

Alle benzodiazepines werken remmend op de hersenactiviteit. Sommige kalmeren, andere verwekken slaap. Ze veroorzaken spierontspanning en een lichte slaperigheid en worden gebruikt om angst, spanningen en nervositeit te verminderen. Ze worden ook aangewend bij slaapproblemen, vooral bij mensen die problemen hebben bij het inslapen.

De effecten zijn onder meer:

- vermindering van angst en spanning

- gevoelens van kalmte en ontspanning

- verminderde concentratie
- vermindering van emotionaliteit en affectiviteit
- verwarring
- slaperigheid

Langdurig gebruik van grote doses kan hoofdpijn, hongergevoelens en gewichtstoename, depressie, verwarring en verdoving veroorzaken.

**• AFHANKELIJKHEID**

Tolerantie en afhankelijkheid treden snel op en bijgevolg moet de dosis vrij snel worden opgedreven.
Psychische afhankelijkheid is zeer groot en ook fysieke afhankelijkheid treedt op. Als na een lange tijd slikken gestopt wordt met gebruik, komen de problemen die werden weggedrukt opnieuw in alle hevigheid boven.

**• RISICO'S**

Benzodiazepines hebben als winstpunt dat zij zeer zelden aanleiding geven tot weefsel- of orgaanschade. Ook zijn ze, zelfs bij hoge doses, zelden dodelijk.
Bij bepaalde middelen kan het afbreken wel 60 uur of langer duren. Wie zo'n middel elke dag inneemt, krijgt dus alweer een nieuwe dosis terwijl de vorige nog niet afgebroken is. Door de ophoping kunnen vervelende bijverschijnselen ontstaan zoals hoofdpijn, vermoeidheid, duizeligheid en somberheid.
De combinatie van slaap- en kalmeermiddelen met andere drugs zoals alcohol, cannabis, heroïne,...is zeer gevaarlijk.
Gezien de dempende werking van benzodiazepines op het bewustzijn kan het gebruik ervan in het verkeer risico's inhouden. Veel groter nog worden de risico's als men benzodiazepines gebruikt in combinatie met andere dempende medicatie of met alcohol.

## ----- OPIATEN -----

**• HERKOMST**

Opiaten hebben een sterke verdovende werking op het centrale zenuwstelsel. De ervaring van pijn, maar ook van angst en andere onlustgevoelens vallen na het gebruik ervan weg. Opiaten geven de gebruiker een gevoel van welbevinden.
In de groep van opiaten komen opium, morfine en heroïne voor.

- Opium

Opium bestaat uit het gedroogde sap van de onrijpe papaverbol (Papaver Sommiferum). Het gebruik van opium als genees- en genotsmiddel is al duizenden jaren oud. Als medicijn treffen we het middel voor het eerst aan in Egypte. Vandaar verspreidde het gebruik zich naar India en later naar China, vanwaar het over de wereld werd verspreid.
Het gebruik van opium als genotmiddel was sterk verspreid in de 19de eeuw in Europa. Pas in deze eeuw werd het medisch gebruik vanwege de zeer verslavende werking en de schadelijke gevolgen beperkt.

❖ Morfine

Morfine wordt uit ruwe opium gemaakt en als pijnstiller in de medische wereld gebruikt. Omwille van het sterk verslavend karakter wordt het medisch gebruik zeer beperkt gehouden.

❖ Heroïne

In 1898 ontwikkelde een farmaceutische firma heroïne. Artsen gebruikten dit bij de behandeling van verslaafden aan opium en morfine. Het werd ook als pijnstiller verkocht en als medicijn tegen hoest en TBC.
Twaalf jaar duurde het voor de medische wetenschap er achter kwam dat heroïne verslavend werkt en dit zelfs nog sneller dan andere opiaten. Het medisch gebruik van heroïne nam daarna snel af.
Wel had intussen de heroïne de plaats van opium en morfine op de drugmarkt ingenomen.
Pure heroïne is meestal een wit kristalpoeder met een bittere smaak. Het is in water oplosbaar. De heroïne die in ons land op de zwarte markt belandt, is meestal zodanig versneden dat ze slechts oplosbaar is door toevoeging van een zwak zuur (bijv. citroensap). Ze heeft een bruine of grijze kleur.

• **GEBRUIK**

Heroïne wordt gerookt, gesnoven, gechineesd (veelvoorkomende wijze van gebruik waarbij de heroïne op een zilverpapiertje wordt verhit en de dampen die hierbij vrijkomen met een dun kokertje worden geïnhaleerd) of gespoten. Soms wordt heroïne in combinatie met cocaïne (of amfetamines) ingespoten ('speedball').

• **EFFECTEN**

Een eerste gebruik van heroïne wordt net als het eerste glaasje alcohol of de eerste sigaret in de meeste gevallen als onaangenaam ervaren. Misselijkheid en overgeven kunnen voorkomen. Pas na verloop van tijd gaat de gebruiker het effect ervan waarderen. Er ontstaat een toestand waarin alle onlustgevoelens als pijn, verdriet, honger, angst en kou worden weggenomen of afnemen. Zoals de negatieve gevoelens wegvallen, vallen ook de positieve gevoelens als verliefdheid, blijdschap en seksuele gevoelens weg. De gebruiker komt in de zogenaamde opiatenroes terecht. De behoefte aan opiaten neemt geleidelijk aan toe. Lichamelijke gewaarwordingen zijn slapeloosheid en gevoelloosheid. De oogpupillen vernauwen sterk en de ademhaling en polsslag worden langzamer, terwijl de lichaamstemperatuur daalt. Eetlust neemt af. Een te grote dosis kan bewusteloosheid veroorzaken. Een tragere werking van het hart, met ernstige ademhalingsstoornissen, kunnen de dood tot gevolg hebben. Gemiddeld werkt heroïne 4 tot 6 uur.

• **AFHANKELIJKHEID**

Heroïne leidt gemakkelijk en snel tot lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid.
De onthoudingsverschijnselen beginnen 4 tot 6 uur na het laatste gebruik. Ze bestaan onder andere uit rusteloosheid, angst, slapeloosheid, beven, krampen, misselijkheid, overgeven, diarree en zenuwpijnen. Soms zijn het verschijnselen als bij een zware griep, soms sterker (dan is medische begeleiding nodig).
De gebruiker zal alles proberen om deze toestand te voorkomen. Daarom gaat hij weer gebruiken. Intensiever gebruik wordt in de hand gewerkt omdat er sprake is van tolerantie.

• **RISICO'S**

In de eerste plaats vormt de sterke afhankelijkheid een groot risico. Men gaat steeds intenser en dwangmatiger gebruiken, waarvoor uiteindelijk alles wordt opgeofferd.
Afhankelijk zijn van heroïne kost geld dat de gebruiker gaat lenen bij vrienden en familie. In vele gevallen leidt heroïnegebruik tot kleine criminaliteit (diefstallen, zakkenrollen,..), soms tot prostitutie. Om hun eigen gebruik te financieren verkoopt men vaak zelf heroïne. Ten einde raad zoekt men bij huisartsen vervangende medicatie (methadon, valium,..), al dan niet om af te kicken.
Heroïnegebruikers geraken in een totaal isolement: geen werk, geen contact met vrienden of familie. Door veroordelingen, opeenstapeling van schulden en boeten, komen vele in de gevangenis terecht.
Het spuiten van heroïne brengt risico's op ontsteking, bloedvergiftiging en hepatitis met zich. Het gebruiken van elkaars injectiemateriaal verhoogt het risico op HIV-besmetting.
Heröïnegebruik verstoort ook de menstruatiecyclus. Soms verdwijnt deze helemaal. Vermits heroïne pijnklachten onderdrukt, kan een ziekte ten slotte niet of te laat worden opgemerkt.

# ❹ Hallucinogene amfetamines

## ----- XTC ------

### • Herkomst

XTC is chemisch bekend als methyleendioxymethamfetamine of MDMA. Het wordt apart geclassificeerd als een hallucinogeen amfetamine (een stimulerend middel met een bewustzijnsveranderend effect), een drug die de effecten van LSD en amfetamine combineert.
MDMA werd voor het eerst in 1914 als eetlustremmer bereid door een Duitse farmaceutische firma, maar het is nooit als dusdanig toegepast omdat het gedragsveranderingen teweegbracht. Het werd in de jaren '70 door therapeuten gebruikt bij de behandeling van relatieproblemen. Sinds 1986 werd MDMA in de Verenigde Staten verboden nadat het gebruik om niet-medische redenen grote proporties aannam. XTC waaide uit de USA over naar Europa. Het wordt geassocieerd met clubs en 'Acid House' dansmuziek.

### • Gebruik

XTC wordt via de mond ingenomen in pilvorm.
XTC heeft het uitzicht van een wit, haast geurloos poeder. Vaker komt het voor onder de vorm van tabletten (pillen) in verschillende maten en kleuren.

### • Effecten

De werking van XTC verloopt in fasen:

❖ Eerste fase:
De gebruiker is het noorden kwijt en heeft weinig besef van wat hem overkomt.

❖ Tweede fase:
De gebruiker heeft een intensere waarneming en ervaart hevige emoties, sensaties en spastische bewegingen.

❖ Derde fase:
Door de aanpassing van het lichaam ontstaat er een ontspanning en een verhoging van de genegenheid en de libido. De entactogene werking van XTC zorgt ervoor dat men sneller intiem en vertrouwelijk met elkaar omgaat.

De XTC-gebruiker kent een milde euforie, gevoelens van sereniteit en kalmte; woede en vijandigheid verdwijnen; er is een verhoogde sensualiteit.
Het XTC-gebruik wordt gekenmerkt door hallucinaties, misselijkheid, zweten, verwijde pupillen, verhoogde bloeddruk en versnelde hartslag.

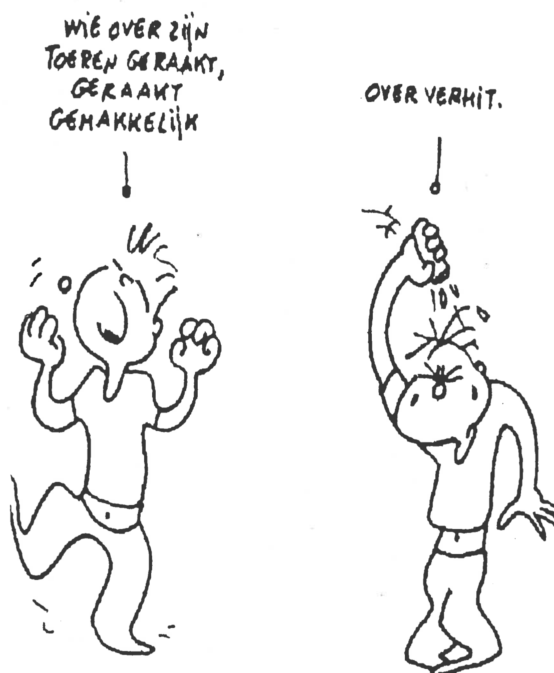
Het effect duurt gemiddeld 4 tot 6 uur. Er zijn weinig nevenwerkingen. Soms is er sprake van hartkloppingen en dorst omwille van de droge mond en keel en 1 tot 6 dagen na het gebruik (niet bij alle gebruikers) kunnen er klachten zijn van misselijkheid,vermoeidheid, depressieve gevoelens, angst en slapeloosheid.

- **AFHANKELIJKHEID**

Voor het oppeppende effect van XTC bestaat tolerantie. Het bewustzijnsveranderende effect treedt pas terug op na onthouding. Er is ook sprake van psychische afhankelijkheid en een lichte lichamelijke afhankelijkheid.
De ontwenningsverschijnselen zijn o.a. hoofdpijn, slapeloosheid en ongecontroleerde zenuwaanvallen.

- **RISICO'S**

XTC wordt in clandestiene laboratoria gemaakt met alle gevolgen voor de kwaliteit en de zuiverheid. Zeer giftige nevenprodukten kunnen door fouten in de bereidingswijze aanwezig blijven of zijn en kunnen als gevolg daarvan zelfs in kleine dosissen onverwacht dodelijk zijn.
Het innemen van het produkt verstoort de lichaamscoördinatie en de realiteitszin waardoor het besturen van een auto of een machine onder invloed van dit middel potentieel gevaarlijk wordt.
Een ander gevolg van XTC-gebruik tijdens dansnachten is hyperthermie. De lichaamstemperatuur kan oplopen tot 42 graden. Factoren die daartoe bijdragen zijn het onvoldoende drinken en het feit dat XTC vooral gebruikt wordt in plaatsen waar veel volk in een kleine ruimte aanwezig is en in plaatsen met weinig verluchting.
Het gebruik van XTC kan bovendien leiden tot ernstige acute leveraandoeningen.
MDMA - gebruik geeft een verhoogd risico voor mensen met hartklachten, glaucoom, epilepsie en hoge bloeddruk.




De combinatie met andere middelen zoals alcohol en medicatie is riskant. Er is meer kans op gevaarlijke complicaties.
XTC in het verkeer is gevaarlijk, want XTC maakt overmoedig en kan het coördinatievermogen aantasten.

# ❺ Vluchtige snuifmiddelen

• **HERKOMST**

Er zijn een aantal aanwijzingen dat het snuiven van gassen en dampen doorheen de geschiedenis werd gebruikt, meestal als onderdeel van een religieuze ceremonie.
Het probleem van vluchtige snuifmiddelen zoals we het nu kennen ontstond in de Verenigde Staten in de jaren '50 en bestond vooral uit het snuiven van benzine en dissolvant. Het gebruik verspreidde zich nadien over Europa.
Snuifmiddelen omvatten gassen, lijmen, benzines en vloeibare stoffen.

• **GEBRUIK**

Lijmen en andere snuifmiddelen worden meestal vanuit een plasticzak gesnoven.
Andere snuifmiddelen, zoals schoonmaakprodukten, correctievloeistoffen, worden op een doek of op de mouw gespoten of aangebracht en opgesnoven. Spuitbussen worden soms in een plasticzak of rechtstreeks in de mond gespoten.
Het gebruik van vluchtige snuifmiddelen gebeurt vaak in groep en op vrij jonge leeftijd. Het is trendgebonden.

• **EFFECTEN**

De effecten zijn meestal op korte termijn (enkele minuten tot enkele seconden) voelbaar. De gebruiker krijgt een licht en dronken gevoel (vergelijkbaar met het effect van alcohol).
Wanneer men doorgaat met snuiven neemt de duizeligheid toe en hallucinaties kunnen voorkomen. Zelfcontrole en oordeelvaardigheid verdwijnen en het pijngevoel neemt af. Dit kan resulteren in bewusteloosheid.
Andere effecten kunnen zijn; verhoogde en onregelmatige hartslag, hoofdpijn, misselijkheid, braken en diarree kunnen voorkomen, irritatie van ogen en neus, neusbloedingen, pijn in de borstkas, vermoeidheid, gebrek aan eetlust, aanhoudende dorst, enz.
Bij kortstondig gebruik verdwijnen de effecten binnen het uur. Bij langdurig gebruik kan het effect gedurende verschillende uren voelbaar zijn.

• **AFHANKELIJKHEID**

Er is sprake van gewenning en vooral van psychische afhankelijkheid.

• **RISICO'S**

Afhankelijk van de middelen en de manier waarop wordt gesnoven, kunnen verschillende ongelukken gebeuren.
Bij gebruik van spuitbussen kunnen ernstige stoornissen van de hartslag en hartstilstand veroorzaken met de dood als gevolg.
De gassen van spuitbussen kunnen eveneens spasmen veroorzaken aan het strottehoofd, waardoor de luchttoevoer naar de longen wordt afgesneden.
Verstikkingsdood komt eveneens voor bij het gebruik van grote plasticzakken waarin men het volledige hoofd stopt.
Ongelukken komen voor wanneer bewusteloosheid optreedt en de gebruiker stikt in zijn eigen braaksel. Ook gebeuren ongelukken door valpartijen enz. als gevolg van duizeligheid onder invloed.
Veelvuldig gebruik kan leiden tot beschadiging van de hersenen, longen, lever, nieren, beenmerg, oogvlies en zenuwen.

# REFERENTIES


- Buisman, W. & Geirnaert, M. (1992)Theorieën en modellen voor drugspreventie. Uit: Drugspreventie. Achtergronden, praktijk en toekomst. Buisman, W. & van der Stel, J., (Red.). Bohn Stafleu van Loghum.
- Bureau for Action on Smoking Prevention. (1994).Tobacco and Health in the European Union, An overview.
- Casselman, J., Cooreman, G., De Wijs-Koppen, O. & Provè, W. (1984). Jongeren en drugs. Deventer, Van Loghum-Slaterus, p. 11-45.
- De Man, H., (1993), Een drugbeleid op school, begeleidersmap, Brussel, V.A.D.
- Geirnaert, M. (1989), Strategieën voor drugpreventie. Welzijnsgids, afl. 43, januari 1989
- Jac Hasselt, V.A.D.,CAD Hasselt, CBJ Hasselt (1994). Vormingspakket. Omgaan met druggebruik in de horeca.
- Joossens L. (1995). De wetgeving over Tabaksprodukten in België. Handboek Verslaving.
- Joossens, L. (1996). Jongeren en geneesmiddelen. Literatuuroverzicht. OIVO
- Keersmaekers, R. (1995). De achtergrond op de voorgrond, Brussel, V.A.D.
- Noels, B. en Wydoodt, J. (1995) Jaarboek 1995. Alcohol, illegale drugs en medicatie. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen. Uitgave V.A.D. Brussel.
- Perry, C. & Murray, D., (1985). The Prevention of Adolescent Drug Abuse: implications for developmental , etiological, behavioral and environmental models. Journal of Primary Prevention,6 (1): 31 - 52.
- Poté, R. (1994). Brochure 'Alcohol en autorijden'. Het Volk.
- Schelback, F. & Van den Panhuyzen, W. (1994). Economische Aspecten van het Roken. V.U.B. Centrum voor Bedrijfsbeheer.
- Shapiro, H. & Coomber, R. (1995). Drugs. Your Questions answered. A reader for students. ISDD.
- Tones, K. (1986). Preventing Drug Misuse: the case for breadth, balance and coherence. Health Education Journal, vol. 45 (4), p. 223-230.
- Tones, K. (1987). Devising strategies for preventing drug misuse: the role of the Health Action Model, Health Education Research, vol. 2 (14), p. 305-317
- Tones, K. & Tilford, S. (1995, 2de editie). Health Education. Effectiveness, efficiency and equity, Chapman & Hall, Londen.

* Van Epen, J.H. (1981). De drugs van de wereld, de wereld van de drugs. Stafleu-Alphen aan de Rijn.

* Walgrave, L. (1993). Criminologische preventie. Op zoek naar de orde in de chaos.

# BRONNEN

## DEEL I


- BASP (1994). Tobacco and Health in the European Union, an overview. Brussel.

- Boutmans, E. & Luyten, D. (1981). Drugs: Recht en Welzijn. Deventer, Van Loghum-Slaterus, p. 127 e.v.

- Buisman, W. & Van Belois, J. (1984). Praten over alcohol en drugs op school. FZA Bilthoven, p.19-20.

- C.M. Turnhout, Meer weten over medicamenten.

- Davidson, S. (1982). Drugs, Kruiden van hemel en hel. Uitgeverij Helmond.

- De Cauter, F. (1990). Methodiek van de preventieve projectwerking. Acco Leuven/ Amersfoort.

- ISDD (1988). Drug Abuse Briefing. London, p.3-4.

- Geirnaert, M. (1995). Basistekst opleiding Druglijn. Brussel, V.A.D.

- Geirnaert, M. (1994). Basisvorming V.A.D., 6-20-27 oktober 1994. Brussel, V.A.D.

- Keersmaekers, R. (1995). Drugs in de jeugdbeweging, hoe deal je ermee ?, Brussel, V.A.D.

- K.K.A.T., Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Vlaamse Kankerliga (1995). Documentatiemap Roken: Roken wat doe je ermee?

- K.K.A.T., Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Vlaamse Kankerliga (1995). Een beleid van tabakspreventie in de schoolomgeving, een handleiding. Brussel.

- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie gezondheidszorg (1991). Folder over dopingsubstanties en methoden.

- Primavera. (1984) Drugs Concreet.

- Provincie Limburg, afdeling Welzijn, LISO, CAD (1995). Gebruik van tabak, alcohol, drugs, medicatie en gokgedrag bij jongeren

- Robbe, H.W.J. (1994). Influence of marijuana on driving, Institute for Human Psychopharmacology, Maastricht

- V.A.D., (1990). Achtergrondinformatie alcohol. Brussel.

- V.A.D. (1995). Folders rond heroïne, cocaïne, amfetamine, marihuana en hasj. Brussel.

- Vormingsdienst voor Leerjongeren (LEJO). Drugs. Brussel.

- Werkgroep Drugpreventie Kortrijk (1986). Preventie, jongeren en drugs. Kortrijk.

- Wolf, H., Todts, S., Van der Kreeft, P. & Van Cauwenberghe, K. (1994). Drugs en gebruik, duidelijke antwoorden op uw vragen, Icarus, Antwerpen, p.67-85.


## DEEL II


- ISDD (1988). Drug Abuse Briefing. London, p.3-4.
- ISDD (1985). Drug Misuse: a basic briefing. London.
- ISDD (1988). Ecstasy. London.
- JIAC-Menen. Werkmap psychofarmaca voor leerlingen van de laatste jaren middelbaar. Menen.
- K.K.A.T., Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Vlaamse Kankerliga (1995) Documentatiemap Roken: Roken wat doe je ermee?
- Primavera (1984). Drugs Concreet. Brussel.
- TACFACTS (1987). Folders rond drugs. TACADE, U.K.
- V.A.D. (1995). Folders rond heroïne, cocaïne, amfetamine, marihuana en hasj. Uitgave V.A.D. Brussel.
- V.A.D. (1990). Achtergrondinformatie alcohol. Uitgave V.A.D. Brussel.
- V.A.D. (1990). Achtergrondinformatie Drugs. Uitgave V.A.D. Brussel.
- Voorlichtingsbureau Drugs (1996). Folder Cocaïne. De antwoorden.
- Voorlichtingsbureau Drugs (1996). Folder Hasj en weed. De antwoorden.
- Voorlichtingsbureau Drugs (1996). Folder Heroïne. De antwoorden.
- Voorlichtingsbureau Drugs (1996). Folder Slaap-en kalmeermiddelen. De antwoorden.
- Voorlichtingsbureau Drugs (1996). Folder Speed. De antwoorden.
- Voorlichtingsbureau Drugs (1996). Folder Tripmiddelen. De antwoorden.
- Voorlichtingsbureau Drugs (1996). Folder XTC. De antwoorden.
- V.S.P.P. (1995). Druggebruik. Informatie over de produkten, het gebruik, de risico's, de gevolgen. Ministerie van Binnenlandse Zaken, Brussel.
- Werkgroep Drugpreventie Kortrijk (1986). Preventie, jongeren en drugs. Kortrijk



VLAAMSE
GEMEENSCHAP